SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 9 y 18 minutos)

En el día de hoy, con motivo del tratamiento del Presupuesto Quinquenal, período 2005 - 2009, recibimos al señor Ministro Interino del Ministerio de Salud Pública, doctor Fernández Galeano y a su comitiva, a los efectos del tratamiento del Inciso 12, Ministerio de Salud Pública.

Corresponde ceder el uso de la palabra al señor Ministro Interino de Salud Pública para que se refiera al tema.

SEÑOR MINISTRO INTERINO.- En primer lugar, quiero dar los buenos días a los señores miembros de la Comisión.

Para nosotros es un honor estar presentes en esta Comisión a los efectos de referirnos a una norma fundamental, como es la Ley de Presupuesto, a la que entendemos como una hoja de ruta en lo que va a ser la gestión de Gobierno para un período tan importante como el que estamos empezando en el área del Ministerio de Salud Pública.

De alguna manera, en esta hoja de ruta que termina siendo el Mensaje presupuestal y el planillado, está marcado el rumbo general de algo que hemos definido desde nuestro Ministerio como un cambio sustantivo e importante en la situación actual de la atención a la salud en el país.

Quisiéramos señalar elementos que tienen que ver con cómo ha sido el proceso de participación para elaborar el Presupuesto que hoy estamos considerando en esta Comisión. Con respecto al tema de los gastos de funcionamiento, las prioridades en materia de inversiones y el plan de acción en cada una de las Unidades Ejecutoras, nuestra Cartera desarrolló en más de 70 Unidades Ejecutoras, a lo largo y ancho del todo país, una discusión participativa de cuáles eran las prioridades presupuestales que se iban a tener en cuenta a la hora de elaborar el Presupuesto.

Para nosotros, el hecho de discutir en cada Unidad Ejecutora, de tener un proceso de participación en la elaboración supone, a la vez que un relevamiento más detallado de las principales prioridades en la gestión de Gobierno, establecer un compromiso de los directores y de los funcionarios de las distintas Unidades Ejecutoras con este presupuesto.

En segundo lugar, en lo que tiene que ver con el rumbo general de la reforma que se propone para el Ministerio de Salud Pública, impulsamos lo que hemos dado en llamar -creado por decreto del Poder Ejecutivo- el Consejo Consultivo para el Cambio, en el cual participaron de manera activa representantes de los diferentes actores del sector salud, ya sea de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, del subsector público, de los trabajadores de los sectores público y privado, como del personal médico y no médico; en definitiva, todos aquellos actores que cumplen un papel muy importante en lo que hace a una reforma sanitaria. Estamos absolutamente convencidos de que más allá de la importancia del rol de los trabajadores, de los actores directos de la salud, en la construcción de esta reforma, no cabe duda que la participación del conjunto de la sociedad, y en particular del Parlamento, en la búsqueda de consensos, es fundamental para dar sustentabilidad a esta propuesta.

Por lo tanto, se trata de dos consideraciones iniciales respecto a que este presupuesto no es producto de la elaboración del equipo de conducción del Ministerio que hoy está presente para responder las preguntas de los señores Senadores, sino que se trata de una proyecto elaborado en forma participativa con las distintas Unidades Ejecutoras y con los actores de la salud, en el marco del Consejo Consultivo para el Cambio.

En tercer término, queremos señalar algunos elementos generales referidos a los contenidos del Inciso 12, del Ministerio de Salud Pública, porque nos parece conveniente tener un panorama global de lo que está definido en este mensaje presupuestal, a fin de ingresar luego en la consideración particular de aquellos temas que los señores Senadores entiendan pertinente profundizar.

En líneas generales, podemos decir -y así vamos a estructurar esta intervención inicial- que hay tres grandes capítulos en el Mensaje Presupuestal. El primero de ellos -muy importante, más allá de que no es muy extenso- tiene que ver con el rumbo de la reforma y es lo que está contenido en los artículos 245 y 246 del Mensaje Presupuestal. En torno a estos temas vamos a hacer una serie de consideraciones, sobre todo, en cuanto a los contenidos sustantivos de esta reforma, a los efectos de enmarcar el tema presupuestal en dichos contenidos, en las políticas y en las estrategias a llevar adelante, de manera de producir los cambios que estamos buscando.

Un segundo capítulo hace referencia a la política de recursos humanos del Ministerio de Salud Pública, donde tenemos una situación de caos escalafonario, de asimetrías, de irregularidades, es decir, de situaciones que requieren una profunda racionalización. Estamos convencidos de que es imprescindible realizar esta tarea desde este momento, más allá de que se generan tensiones y conflictividad porque muchas veces la tendencia al *statu quo* es predominante. Pero se necesita una gestión responsable en todo lo que tiene que ver con un conjunto de asimetrías, de irregularidades y de caos escalafonarios existentes en el área de los recursos humanos.

Este Mensaje Presupuestal incorpora, en materia de recursos humanos, propuestas muy concretas, que no son el total de lo que se podría hacer con ellos, pero resultan herramientas fundamentales para comenzar a fundar un cambio de lo que han sido años donde la organización de los recursos humanos, el respeto de los derechos de los trabajadores médicos y no médicos y la propia situación salarial están claramente determinados o condicionados por estas dificultades en lo que hace al sistema de recursos humanos que tiene el Ministerio de Salud Pública.

El tercer capítulo tiene que ver con el fortalecimiento de la red asistencial pública, es decir de ASSE, del componente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, donde claramente se hace mención a la inversión -fundamentalmente en la

infraestructura- y a normas de racionalización organizativa de esta Administración. Lo cual también resulta imprescindible a la hora de empezar a establecer las bases, los puntos de partida, de una reforma sustantiva en el sistema de salud.

Por lo tanto, tenemos tres capítulos diferentes: rumbo de la reforma -los artículos programáticos de la misma-; los recursos humanos y el fortalecimiento de la red pública.

El primer tema lo vamos a empezar a desarrollar nosotros, salvo en lo relativo al seguro al cual se va a referir el economista Olesker, y el tema de los recursos humanos también será considerado por él. En lo que hace al fortalecimiento de la red pública, los Subdirectores de ASSE, los doctores Baltasar Aguilar y Myriam Contera, se van a referir con carácter general a los artículos respectivos.

Algunas cuestiones que nos parecen fundamentales, más allá de que entendemos que seguramente con las preguntas podamos avanzar en torno al tema de los contenidos de la misma.

En primer lugar, hay que considerar el elemento de los desafíos. No vamos a hacer un diagnóstico de la situación del sistema de salud porque esto llevaría, para hacerlo de una manera seria, un tiempo quizás excesivo para lo que es la competencia, los cometidos y objetivos de esta Comisión, pero en grandes líneas podemos decir que dicho sistema tiene tres grandes desafíos en relación a lo que es su situación actual. No estamos proponiendo una reforma del sistema sanitario porque la atención de la salud está bien en el país. Creo que en torno a esto tenemos un consenso absolutamente unánime, pero no cabe duda de que hay algunos elementos sobre los cuales no avanzaremos, con un enfoque sistémico en la reforma, si no atendemos estos grandes desafíos.

El primer gran desafío del sistema de salud es el de lograr la equidad. Hay una falta de justicia redistributiva en la atención de la salud en diversos aspectos que vamos a señalar someramente.

Es inequitativo el aporte de los usuarios al sistema de salud; se aporta de una manera muy regresiva, y pensamos que este es un elemento muy importante a la hora de poder dar sustento al sistema de salud.

Hay inequidad en el gasto y en la calidad de la asistencia por usuario. Existen diferencias muy notorias -diría, inaceptables- en el gasto por persona y mes, por persona y año -si lo calculamos como gasto global- a la hora de buscar una razonable respuesta en algo que consideramos un derecho humano esencial, un bien público y una responsabilidad de Estado: la salud.

Por lo tanto, vemos que en el gasto y en la calidad de la asistencia hay asimetrías, porque el Estado invierte en los usuarios del sector público $ 300 por cada uno -ya sea en Sanidad Militar, Sanidad Policial, ASSE o en los propios servicios de salud del Estado- y en muchos otros casos hay personas para las cuales el gasto del Estado se multiplica por seis y por siete. Entonces, creo que todos debemos compartir la necesidad de comenzar a superar las inequidades a través de una reforma.

Existen inequidades también en lo que hace a los salarios médicos y no médicos; existen inequidades en la respuesta en salud de Montevideo y la del interior; pero, sobre todo, existen inequidades en cómo se atiende la salud y en el modelo de atención que tenemos, y son profundas inequidades que se traducen en los resultados en salud. Alcanza con tomar algunos indicadores, como el de mortalidad infantil, para saber que tenemos una tasa ubicada razonablemente dentro del panorama internacional, más allá de que pensamos que nuestro país podría tener otra. Pero si analizamos la mortalidad infantil por subsectores -público y privado- encontramos diferencias que no son aceptables, que están marcando grandes asimetrías en los resultados y, por ende, en los indicadores sanitarios.

Primer gran desafío, entonces, eliminar la inequidad del sistema.

El segundo gran desafío hace a la calidad, a la necesidad de tener un sistema de calidad integral en la atención de la salud. Este desafío nace como consecuencia de una gestión ineficaz de los recursos en salud. El país gasta en el entorno del 10,9% de su Producto Bruto Interno en salud y no obtiene buenos resultados, ni en el sector público ni en el privado. Tenemos una gestión profundamente ineficaz, un sistema que no es resolutivo, que vive generando la dinámica de la cola, de la postergación iatrogénica de la atención, de todo aquello que hace que haya permanentes listas de espera y mecanismos que hacen que el sistema no tenga capacidad de resolución. Tenemos una calidad muy heterogénea, desigual y poco equitativa, y tenemos graves y serios problemas en lo que tiene que ver con la satisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención que hoy se presta.

Estos dos desafíos, el de la equidad y el de la calidad e integralidad en la atención, generan un tercer gran desafío que quiero destacar especialmente porque hace a la necesidad de tener un sistema nacional integrado de salud y un sistema de financiamiento integrado. Se trata de combatir la falta de sustentabilidad institucional que tiene el sistema de salud a mediano y largo plazo, la vulnerabilidad demostrada y conocida de los efectores públicos y privados de la salud. De ahí que surge la necesidad de que el Estado ejerza una rectoría eficiente del sistema de salud -tema sobre el cual debemos trabajar- tanto en los aspectos sanitarios como en aquellos de índole económicofinanciera.

Tenemos una falta de cumplimiento de reglas y en el control de las mismas. Por lo tanto, es necesario tener un sistema integral y eficaz de control del funcionamiento del sector salud. Sin rectoría, sin garantizar las funciones esenciales de Salud Pública en materia de vigilancia epidemiológica, sin control del funcionamiento de los servicios y la integralidad de las prestaciones que reciben los usuarios, sin un sistema que tenga la capacidad de escuchar y responder, sin un sistema de rendición y de petición de cuentas adecuado en lo que tiene que ver con su prestación, no podemos responder a los desafíos que tiene hoy este sector.

Tenemos tres desafíos planteados: la inequidad, la falta de calidad e integralidad de la atención y la falta de sustentabilidad institucional a mediano y largo plazo.

A modo de grandes titulares, queremos decir algo que nos parece importante no soslayar en este ámbito del Parlamento nacional que va a jugar un papel muy importante en los acuerdos definitivos de la reforma, y es que ésta tiene tres grandes características.

En primer lugar, no se hace en un solo acto. Quizás ningún acto de la vida política o pública se hace en un solo acto, pero esta reforma -como en todos los países que las han procesado- requiere, más que otras, de la idea de proceso, de etapas, de ir marcando hitos que de alguna manera vayan definiendo en el tiempo cuáles son las cosas que van permitiendo producir la

reingeniería y la reformulación del sistema de atención a la salud. La idea de proceso no es un pretexto circunstancial para decir "está todo definido" sino que es una convicción política, la de trabajar en un proceso que vaya generando las condiciones de la reforma.

En segundo término, tenemos la idea del enfoque estratégico, la de que la reforma del sistema sanitario no se hace con la hoja en blanco, desde cero. Creemos que no se puede realizar pensando que un Gobierno llega para decir cuáles son las características y las estrategias de gestión en el servicio de salud. Actualmente, hay un sistema de atención que tiene enormes debilidades -de las que ya hablamos mucho- pero también posee potencialidad, fuerza y elementos en donde apoyarse para construirlo. No se trata de eliminar los subsectores que hoy componen el sector salud o de disminuir a uno en detrimento de otro, sino de reorientar, complementar y hacer concurrir lo que hace cada uno de ellos para orientar la reforma. Por lo tanto, el segundo componente es el enfoque estratégico, la idea de que la reforma no se va a hacer desde cero, con la hoja en blanco, sino reorientando y reencauzando recursos, potencialidades y capacidades que tiene el sistema de salud y para ello es fundamental la idea del diálogo.

La tercera característica que tiene la reforma es la construcción colectiva con actores de la salud pero también con la sociedad. Por eso es que en el Consejo Consultivo para el Cambio se considera importante que a lo largo de toda la conducción de la reforma del sistema sanitario participen los usuarios del sistema de salud y la sociedad toda, expresada a través del sistema político y parlamentario.

En resumen, la reforma es proceso, planificación estratégica y diálogo, construcción colectiva y participación de actores para llevarla adelante.

Por otra parte, ¿cuáles son los componentes fundamentales de la reforma en lo que tiene que ver con estrategias de cambio?

Por un lado, la necesidad de cambios en lo que tiene que ver con el modelo de atención, con el modelo de gestión y el modelo de financiamiento. Si no atendemos simultáneamente estos cambios, muy difícilmente podamos empezar a desarmar todas las perversiones, inequidades y dificultades que hoy tiene nuestro sistema de atención a la salud.

El cambio en el modelo de atención resulta la razón de ser, la razón fundamental de la reforma que estamos impulsando. En grandes líneas, podemos decir que este cambio en el modelo de atención tiene como eje un cambio de paradigma en la visión de la salud, entendiendo como tal el lograr un sistema de salud que no mira la enfermedad, que no intenta atender las consecuencias de un sistema que no funciona sino que pretende crear un modelo de atención que pone el acento en la salud y no en la enfermedad. Este nuevo modelo pondrá la atención en la prevención, en el diagnóstico precoz y en el autocuidado. No hay sistema de salud que sea sustentable si no se cambia el modelo de atención. Podremos hacer una reforma del sistema de financiamiento pero si no se da una transformación radical, sustantiva y cultural -para lo que habrá que generar herramientas- en la población y en el sistema de atención, no habrá posibilidades de abarcar y absorber la incorporación permanente de la revolución científico-técnica en la salud, que aumenta los costos en forma permanente y que requiere de una racionalidad que coloque en el centro de dicha atención la temática de la promoción, la prevención y la estrategia de la asistencia primaria de la salud.

Un capítulo particular sobre este tema -si bien tenemos claro que esta no es la Comisión de Salud Pública sino la de Presupuesto integrada con Hacienda- merece el dejar en claro que hablar de un cambio de modelo tiene mucho que ver con hablar del Presupuesto y de lo que el país va a destinar, a través de Rentas Generales, como financiamiento del sistema sanitario.

Nosotros pensamos que resulta absolutamente imprescindible producir cambios a nivel macro en el sistema de salud, y para eso está la reforma, pero también resulta absolutamente impostergable producir cambios a nivel intermedio y micro en lo sanitario. Quizás estos cambios sean tan importantes como los que se proyectan en la reforma. Cuando hablamos de cambios a nivel intermedio, hacemos referencia a la intención de generar una cultura de gestión en el nivel de los servicios que haga que se piense en los servicios de salud en línea con una idea de compromiso de gestión, de resultados, de saber que se están administrando recursos que son de toda la sociedad. Pero también hay que producir cambios en la gestión clínica a nivel micro. Muchas veces se ha dicho que a nivel de lo que es la decisión en los equipos de salud en cuanto a las indicaciones aparecen costos sobre los que habrá que realizar un cambio fundamental. En consecuencia, el cambio en el modelo de atención nos parece esencial.

En este marco, nos estamos proponiendo ir hacia un sistema nacional integrado de salud y un seguro nacional de salud que lo sustente, lo sostenga y lo apoye desde el punto de vista económico-financiero. Con respecto a eso hay un capítulo que me parece muy importante y al que me voy a referir antes de cederle el uso de la palabra al economista Olesker. Estoy hablando de algo sobre lo que se nos preguntó en la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda de la Cámara de Representantes y que seguramente se planteará aquí. Como parte del Poder Ejecutivo nos interesa dar una visión acerca de cuál es la finalidad de los artículos 245 y 246 contenidos en el Mensaje presupuestal. Nosotros estamos absolutamente convencidos de que si no hay una reforma en el sistema sanitario, el presupuesto que razonablemente podríamos defender para el Ministerio de Salud Pública no sería este. Sin duda, hay una gran expectativa en cuanto a que el sistema sanitario permita, con el presupuesto que el país puede tener hoy en materia de salud, producir cambios sustantivos que respondan a esos desafíos que planteábamos con carácter general al comienzo de esta intervención.

En ese sentido y como está incorporado en el artículo 246, creemos que tanto el Sistema Nacional Integrado de Salud como el Seguro Nacional de Salud y la propia descentralización de ASSE van a requerir de herramientas de carácter legal que den a todo el sistema y a la sociedad las garantías de propiciar y promover una reforma que cuente con el más amplio respaldo y que constituya una política de Estado. Nos parece que se deben dejar colocadas hoy, a través de dos artículos de este Mensaje presupuestal, las piedras fundamentales de lo que es el rumbo de cómo contemplar las necesidades sanitarias de atención en salud de nuestra población. Quizás también corresponda aclarar que no todos los problemas de salud, de morbimortalidad que tenemos en nuestra realidad social, dependen del Sistema de Atención de la Salud; dependen de una política económica y social que genere las condiciones para que la salud, realmente vista como un todo, como algo multifactorial, pueda ser atendida.

Por lo tanto, se presentarán proyectos de ley que serán analizados y discutidos en más de una oportunidad en el Parlamento. Sin embargo, para enmarcar el proyecto de Presupuesto que hoy estamos considerando, pensamos que es absolutamente fundamental tener estos dos artículos programáticos de rumbo que, de alguna manera, condicionan y determinan la reforma sanitaria que estamos impulsando.

Hechas estas consideraciones de carácter general, si el señor Presidente de la Comisión me permite, le cedo el uso de la palabra al economista Olesker para que se refiera al Seguro y al tema de los recursos humanos en una primera intervención general, y posteriormente a los Subdirectores de ASSE.

SEÑOR OLESKER.- Buenos días.

Con respecto al artículo 246, que refiere al Seguro, voy a hacer una primera intervención. Luego me referiré a los recursos humanos y en ese momento identificaré los artículos correspondientes.

En lo que tiene que ver con el Seguro, ya hemos manifestado en nuestra comparecencia ante la Comisión correspondiente de la Cámara de Representantes -si bien está en el propio artículo 246- que va a tener su propia ley constitutiva. Además, parte de su diseño -luego voy a explicar qué parte- se va a vincular con la reforma tributaria. Nos interesa aclarar aquí el rumbo que marca el artículo 246.

Hemos dicho que la reforma de salud tiene una explicación en los problemas del sistema de salud. Si no hiciéramos un diagnóstico negativo de éste en cuanto a sus resultados, no estaríamos proponiendo una reforma de estructura. En su intervención inicial, el señor Subsecretario, doctor Fernández Galeano, hablaba de tres problemas serios del sistema. Voy a fundamentar, simplemente, el diseño del Fondo y por qué el del Seguro y del Fondo público responde a esos tres problemas: a la equidad, a la calidad y a la sustentabilidad del sistema. A nuestro juicio, el sistema es inequitativo, de calidad cuestionada y está al borde del colapso, es insustentable.

El Fondo Público Obligatorio va a ser un instrumento del Seguro Nacional de Salud y va a contener todos los fondos que luego se van a dedicar al sector salud, tanto los que aporta el Estado -que están presupuestados a lo largo del quinquenio y, por ende, ya hoy integran los presupuestos que está estudiando el Parlamento- como los de las empresas públicas y de otros organismos del Estado, que también tienen sus presupuestos en salud y presupuestados con la lógica de su inclusión futura en el Sistema Nacional de Salud y en el Fondo Público Obligatorio.

Además, tendrá los aportes de los hogares que serán un porcentaje de sus ingresos que permitirá la cobertura familiar de las personas y cuyo diseño, reitero, va a estar ligado al diseño de la reforma tributaria. Entonces, hay una etapa de transición en donde una buena parte de los fondos va a ser recaudada por el propio seguro, a través del sistema de contribución a la Seguridad Social. Luego ese Fondo que va a recibir los dineros públicos y privados que la sociedad uruguaya invierte en salud va a pagar a los prestadores de la salud. Aquí hay un cambio sustantivo y radical en el funcionamiento del sistema, en tanto el pago va a estar intermediado por el fondo y no va a haber un pago directo de los usuarios a las instituciones que le brindan el servicio de salud. Entonces, ese Fondo le va a pagar a esas instituciones prestadoras integrales de salud. En el artículo 246 hay una descripción del carácter de las empresas privadas que pueden ingresar como prestadoras integrales; en el caso de las públicas, es muy obvio porque Uruguay ya tiene prestadores públicos integrales como, por ejemplo, ASSE, sanidad militar y sanidad policial, por lo tanto, van a ser parte natural de los prestadores y les va a pagar por un sistema de cuotas o cápitas ajustadas por riesgo y con mecanismos de premio o de castigo, es decir, de plus, vinculados a metas de prestación asistencial.

Este sistema que estamos proponiendo de un Fondo Único donde se aporte por ingresos y se pague en cuotas ajustadas por riesgo, ligadas a metas prestacionales, es el mejor para resolver estos tres problemas que estamos planteando.

En primer lugar, este seguro resuelve el problema de la equidad de los dos lados, es decir, en el aporte y en la atención porque las personas aportan de acuerdo a sus ingresos y reciben de acuerdo a las necesidades asistenciales que tengan, independientemente del ingreso aportado. En realidad, el mutualismo nació así: las primeras entidades mutuales cobraban equis jornal, la cuota estaba asignada al número de jornales, a los trabajadores de las primeras mutualistas del Siglo XIX. Entonces, era obvio que en ese sistema la mutual recibía un porcentaje de ingresos y atendía según las necesidades. O sea que esto rescata, claramente, el sentido original del sistema mutual que se distorsionó desde el momento en el cual, primero, pasó a ser una cuota única y, después, se terminó de distorsionar cuando, a partir del año 93 y fruto de la necesidad de financiar el incremento derivado del convenio médico de ese año, que empezó a pagar por acto, se liberaron los precios de los tickets y las órdenes. Esto provocó que estos tickets y órdenes que, en ese momento, representaban el 3% de la recaudación de una institución, al día de hoy, estén en un 13% ó 17%, dependiendo de la Institución y transformándose en un impuesto a la enfermedad. A nuestro juicio, entonces, la equidad se resuelve de esa manera.

La sustentabilidad está vinculada al equilibrio entre los ingresos y costos, es decir, un sistema de aseguramiento que se base en el prepago y que tenga como base la selección adversa de riesgo; es decir, una institución que va a cobrar una cuota prepaga sin saber cuánto va a gastar en esa persona; entonces, se va a modular la selección de personas atendidas en función de cuánto espera que esa persona vaya a gastar porque si el prepago va a ser igual para todos, va a tratar de seleccionar a los que van a usar menos, para que el ingreso neto sea mayor y, va a hacer selección adversa de riesgo a los que tengan mucho riesgo. Esto se resuelve fácilmente pagando por riesgo.

Ahora bien, si la solución fuera pagar por riesgo a nivel individual, se estaría en la situación de "impuesto a la enfermedad", ya que se castigaría a aquel que por determinadas razones, etáreas u otras, usa más crónicamente el sistema. En cambio, si el que redistribuye el ingreso global luego ajusta por riesgo pagando centralizadamente ese fondo, resolvemos el problema de la sustentabilidad, es decir del equilibrio entre ingresos y costos, sin afectar a las personas. Según este sistema, la institución que le presta el servicio a una persona con una enfermedad crónica, de edad avanzada o de alto riesgo, va a recibir un ingreso alto por ella independientemente de lo que haya pagado, que puede haber sido alto si tiene altos ingresos o bajo si tiene bajos ingresos. Quiere decir que independizamos el aporte de la cuota. Eso es la sustentabilidad.

Por otra parte, la calidad asistencial está vinculada a la capacidad de auditar los fondos, de definir la cápita. ¿Cómo se define la cuota? El país tiene una larga experiencia -a nuestro juicio errada- en la que la cuota se determinaba por los costos en que efectivamente habían incurrido las instituciones prestadoras de salud. El Fondo Nacional de Recursos es un ejemplo más notorio que la propia cuota mutual. Los prestadores eran los que, en definitiva, determinaban el valor de las cuotas a partir de su información de los costos. El sistema se los legitimaba y, cuando los ingresos no alcanzaban para cubrir los costos, aquel volvía a legitimarles sus déficits, dándoles sobrecuotas de gestión, de inversión, etcétera.

Nosotros creemos que el sistema tiene que ser inverso: hay que definir cuáles son las prestaciones y las necesidades asistenciales, luego cuantificarlas y, a partir de allí, definir la cápita ajustada por riesgo. Las instituciones, recibiendo esa cápita ajustada por riesgo tienen que orientar su gasto para adaptarse a esa estructura de costos que la cuota centralizada les da. Como ya lo ha expresado el señor Ministro, en esa cuota centralizada estarán el fortalecimiento del primer nivel de atención y los sistemas de retribución de recursos humanos, que deben modificarse para adaptarse a un fortalecimiento del primer nivel, ya que hoy están muy orientados al pago del segundo y del tercer nivel.

Todo lo mencionado genera un cambio en la calidad de la asistencia, en la auditoría, en el control de la asistencia desde la modificación del sistema de definición y pago de las cuotas. Por supuesto que los plus que se pagan por metas prestacionales contribuyen a la estrategia de calidad y la fortalecen porque van a estar orientados a los Programas enunciados, muchos de los cuales, incluso, figuran en el propio Presupuesto. Son Programas de control del niño sano, del adulto mayor, etcétera. Podríamos dar una larga lista de Programas que van a estar priorizados y remunerados contra sus resultados. A este respecto también existe una experiencia mundial muy importante. Se financia un 50% de los Programas ex ante para que la institución los pueda financiar y el otro 50% al final del Programa contra los resultados obtenidos de acuerdo a contratos que se firman entre los organismos financiadores y los prestadores. Son contratos de aseguramiento.

Esto es cuanto queríamos trasmitir sobre el seguro. Los aspectos puntuales de los valores de riesgo, de los valores porcentuales, de los incrementos de las tasas según los aportes familiares van a estar en la ley, en la medida en que vayan acompañados de un seguro de salud y de una articulación con el diseño de la reforma tributaria. Aquí queríamos, más que explicar esto, trasmitir por qué la equidad, la calidad y la sustentabilidad -tres de los objetivos centrales de la reforma- van a estar, de alguna manera, liderados por un cambio en el modelo de financiamiento.

La segunda parte que voy exponer tiene que ver con los recursos humanos. Como dijo el señor Ministro, nosotros llegamos al Ministerio el 2 de marzo y encontramos una situación que, de hecho, ya conocíamos porque durante el período de transición las autoridades salientes nos brindaron informaciones muy importantes que nos permitieron detectar algunos problemas.

Incluso, acoto que alguno de los tantos Ministros que tuvo el Ministerio en la Administración anterior había puesto énfasis en resolver esos problemas.

Como decía, encontramos un sinnúmero de problemas y, por lo menos, hay cuatro que yo quisiera destacar aquí que, a su vez, responden a cuatro artículos del Presupuesto que para nosotros son sustantivos para empezar a ordenar la gran complejidad e irracionalidad de la estructura de recursos humanos.

Recordemos -esto también lo dijimos en nuestra comparecencia en la Cámara de Representantes- que cuando el Ministerio fue a liquidar los sueldos en marzo, encontró que tenía 19.643 personas a las que les liquidaba sueldos, pero en realidad lo hacía por 22.254 cargos y cuando pagaba, en términos de recibos, había 24.600 salarios. Esta situación, pues, necesitaba ajustes, reformas. Algunas cosas ya las hemos ajustado; por ejemplo, la relativa a esos dobles cargos que estaban en la órbita de los Directores Generales nombrados por cargos de particular confianza. Los tres Directores Generales y casi todos los Subdirectores Generales, además de su sueldo, que lo estipula la ley -como ustedes saben, el Director General tiene un sueldo estipulado por ley que está en la base del sueldo del Subsecretario- tenían, además, una compensación por Comisión de Apoyo a programas asistenciales de ASSE, como si tuvieran alguna labor que hacer en las estructuras hospitalarias y las redes asistenciales de esa Administración. Esa compensación era equivalente a su salario; es decir, el cargo que yo hoy tengo cobraba el doble de lo que estoy cobrando. Esto no es una reivindicación salarial personal sino simplemente una constatación de la realidad.

(Hilaridad)

-Entonces, a partir de ahí, repito, hay cuatro artículos que, de alguna manera, tienden a ordenar esto. El primero de ellos es el artículo 250, que lo que hace es universalizar una partida llamada "Atención Directa al Paciente", que por alguna razón -que desconocemos- la cobraban quienes realizaban esa atención directa al paciente del área no médica, enfermeros, auxiliares de enfermería, etcétera, que trabajan en hospitales, pero no la recibían los que trabajaban en los centros de primer nivel. Esto es, en sí mismo, una discriminación y en el proyecto de reforma de este Ministerio una de las claves es el fortalecimiento del primer nivel. Por lo tanto, lo primero e imprescindible es igualar y nivelar esta situación para que puedan cobrar el "ADP", es decir, la partida por atención directa al paciente, que ronda los $ 1.100 ó $ 1.200. Esta cifra no es fija porque se trata de una partida global que después se distribuye entre la cantidad de funcionarios. Entonces, dependiendo de los que trabajaron y de los que no, de las licencias, de las faltas, etcétera, termina no siendo igual. En este Presupuesto se incluye un financiamiento para el pago a todos los que tienen los mismos cargos que quienes la cobran hoy. Es decir que esto no se amplía a otros cargos como, por ejemplo, médicos, sino que se mantiene en el área asistencial en la que hoy se cobra, pero se generaliza a quienes cumplen esas mismas funciones en los centros de primer nivel, o sea, no en los hospitales.

El segundo artículo que quería comentar es el 252. Como todos recuerdan, en octubre del año 2003 finalizó un conflicto entre la Federación de Funcionarios, el Sindicato Médico del Uruguay y el Ministerio de Salud Pública. En ese convenio se acordó un aumento salarial de diferente monto para los trabajadores médicos y no médicos -no voy a hacer el "racconto" del conflicto porque supongo que todos ustedes recordarán- pero se hicieron dos cosas que se deben arreglar. La primera de ellas es que no se presupuestó el aumento, es decir, se pagó y al año siguiente se pidió un anticipo a Tesorería para volver a pagarlo y este año vamos a tener que hacer lo mismo. Es decir, el dinero ya está incluido en la base de Salud Pública, en el Presupuesto 2004-2005, pero no como Presupuesto sino como anticipo de Tesorería. Lo que hace este Presupuesto es incorporar esa partida en el Rubro 0 como salario.

Pero, se hizo algo más y, por esa razón, en el artículo 252 se solicita más plata que la que corresponde para financiar el conflicto. Concretamente, se pensó que los recursos que se disponían era para los que ya estaban trabajando y que de ahí en más, el que ingresara a Salud Pública a partir del 1º de octubre de 2003, lo haría con el salario viejo, o sea, no recibiría los $ 1.500 en el caso de los médicos o los $ 1.000 si se trataba de los no médicos. Esto es lo que se conoce popularmente en Salud Pública como la foto; los que estaban en la foto, lo cobraban y los que no estaban, no. Quiere decir, entonces, que tenemos un número importante de personas que ingresaron al Ministerio, más o menos 1.000, entre el 1º de octubre de 2003 hasta ahora, que no lo cobran. A su vez, las vacantes que, eventualmente, se llenarán en el futuro tampoco lo tienen, porque este aumento no está presupuestado para esos cargos. Por lo tanto, si hoy ingresara un funcionario nuevo, lo haría en la misma situación.

En síntesis, mediante el artículo 252 se financian no sólo los doscientos y tantos millones de pesos que corresponden al aumento acordado en octubre de 2003, sino también se cubren todos los cargos que no tienen ese aumento, incluidas las vacantes para que, cuando el 1º de enero de 2005 ingresen funcionarios, no haya foto, es decir, todos puedan ingresar con el salario adecuado.

El tercer artículo que quería comentar, es el artículo 253, relativo a la titularización. A este respecto, cabe señalar que el Ministerio tiene, aproximadamente, diecisiete formas de relacionamiento jurídico con sus funcionarios. Esto fue otra de las cosas que el señor Subsecretario anterior, contador Milton Pesce, nos entregó el primer día que empezamos a trabajar en la transición. En esta lista figuran los funcionarios presupuestados, presupuestados interinos, contratados 410 -que es un contrato creado para cubrir la vacante, pero sin efectivizarlo- suplentes fijos, cuidadores, etcétera. El artículo 253 trata de tomar las personas que se regían por esas formas de relacionamiento y pasarlas a la condición de titulares.

Debido a que los funcionarios ya existen, cumplen sus funciones hace más de un año -porque ese es el requisito que exige este artículo- y ya se les está pagando el salario con todas las alícuotas correspondientes, lo que aquí se dispone no tiene costo, pues es una situación de titularización. Por este artículo se permite titularizar a estos funcionarios en el grado de ingreso para, luego, darles la posibilidad, vía concursos -que se harán en el correr del tiempo- de acceder al cargo que efectivamente están cumpliendo.

Finalmente, me quiero referir al artículo 274, por el que se presupuestan los fondos -y, por lo tanto, los cargos- de las personas que, siendo de hecho funcionarios públicos, no lo son formalmente, porque reciben sus remuneraciones a través de las Comisiones de Apoyo a programas asistenciales de ASSE, de las Comisiones de Apoyo locales de diferentes hospitales y del Patronato del Psicópata. Hay casi 8.000 personas en esta situación de aquí la diferencia entre los 19.000, los 22.000 y los 25.000- es decir, que reciben remuneraciones a través de estas Comisiones. No todos son cargos nuevos, muchos de estos funcionarios reciben de las Comisiones un incentivo a su cargo -un plus- pero hay casi 5.000 que son cargos efectivamente desempeñados en hospitales. Me detengo un segundo en esto, para repetir que el tema de los hospitales es discutible, porque las comisiones de apoyo se usaron, en gran parte, para cargos de asesores y contratos de diversos tipos. Igualmente, en su mayoría son cargos vinculados a la asistencia. Mediante el artículo 274 se habilita al Ministerio a presupuestar esos fondos, transferirlos del Rubro 5 al Rubro 0 y, al mismo tiempo, se crean los cargos para que esas personas -será tarea del Ministerio evaluar quién cumple correctamente su función asistencial- ingresen al padrón presupuestal.

De modo que, estos eran los cuatro artículos, relativos al ADP, a la titularización, a las Comisiones de Apoyo y Patronato del Psicópata, que sobre recursos humanos tienen este objetivo de racionalización.

Si los señores Senadores están de acuerdo, cedería el uso de la palabra a los señores Subdirectores de ASSE.

SEÑOR AGUILAR.- En primer lugar, quiero agradecer a la Comisión esta invitación.

En lo que respecta, específicamente, a la Administración de Servicios de Salud del Estado, vamos a referirnos a tres aspectos que nos parecen sustanciales para aclarar el alcance de los artículos que se incluyen en este proyecto de ley de presupuesto.

Para comenzar a analizar el tema, es ineludible hacer una referencia a la situación en la que encontramos a la Administración de los Servicios de Salud del Estado y, en tal sentido, hay cuatro aspectos que me gustaría destacar brevemente.

En primer lugar, observamos una situación bastante heterogénea en cuanto al estado de las plantas físicas de los centros asistenciales, con un predominio claro de aquellas que están en mal estado en cuanto a las Unidades Ejecutoras que tiene ASSE. En segundo término, constatamos un estado del equipamiento de dichas unidades asistenciales, que podríamos calificar de obsoleto e inadecuado para los fines para los que estas últimas fueron creadas. En tercer lugar, como ya se ha señalado, observamos una situación de caos desde el punto de vista de los recursos humanos, que no están motivados, son insuficientes y se encuentran mal distribuidos. En cuarto término, nos encontramos con algo que ya ha pasado a ser extremadamente preocupante y de lo que los señores legisladores, tanto de Montevideo como del interior, han tomado nota a través de sus comunidades y del conocimiento directo de la situación. Me refiero al estado de nuestras unidades de traslado, es decir, de las ambulancias con las que se trasladan los pacientes a lo largo y ancho del país.

Esta situación en plantas físicas, en equipamiento, en recursos humanos y en unidades de traslado constituyen, básicamente, los puntos críticos que hemos detectado en las distintas Unidades Ejecutoras.

Por otro lado, quiero hacer referencia a uno de los objetivos fundamentales que maneja esta Administración, que es el fortalecimiento del subsector público. Estamos proponiendo un Sistema Nacional Integrado de Salud que tome las fortalezas, tanto del subsector público como del privado, pero eso exige, necesariamente, una tarea muy ardua para apuntalar al subsector público. La misma se plantea en el marco de este sistema que estamos proponiendo y comprende dos o tres aspectos fundamentales. En primer lugar, el fortalecimiento y la dignificación del segundo nivel de atención -que está concentrado, básicamente, en las unidades hospitalarias de Montevideo y del interior- y de un tercer nivel de atención que, si lo asimilamos, simplificadamente, a la prestación de cuidados especializados, tanto en Unidades de Estabilización de Pacientes Críticos, como de Centros de Tratamiento Intensivo, vemos que también allí hay carencias importantes. La Administración de Servicios de Salud del Estado se encuentra abocada, en estos momentos, al estudio de la situación de estos Centros de Tratamiento Intensivo y de Cuidados Especiales para redimensionar la red en ese sentido. ¿Cuáles son los instrumentos o herramientas que proponemos para el fortalecimiento del subsector público en lo que tiene que ver, básicamente, con el segundo y con el tercer nivel de atención?

En primer lugar, apuntamos a un plan de inversiones a ejecutar durante el quinquenio.

En segundo término, proponemos la redistribución de los recursos. Esto no es sólo una potestad de los Directores de las Unidades Ejecutoras, sino que, a través del Seguro Nacional de Salud, se apunta a promover la redistribución de los recursos entre las distintas Unidades Ejecutoras y al interior de cada una de las unidades asistenciales -esto es, desde el segundo y tercer nivel al primer nivel de atención-, lo cual consideramos prioritario.

En tercer lugar, una vez implementado el Seguro Nacional de Salud, una herramienta de fortalecimiento del sector público es la adjudicación de las cápitas que dicho Seguro propone, tal como lo establece el artículo 272 de este Mensaje presupuestal que está a consideración del Parlamento.

En cuarto término, se apunta a una política de regionalización de los recursos públicos. Es evidente que no es posible instalar en todos los hospitales del país -sobre todo, en los del interior- recursos de alta complejidad y tecnología. Estamos estudiando la implementación de un programa de regionalización para el asentamiento racional de recursos con un carácter multifocal. De esta manera, estaríamos abandonando, quizás -y esto es algo que tenemos a estudio-, la idea de los grandes hospitales regionales que concentran todos los recursos, con el fin de lograr una dispersión multifocal de aquellos que son fundamentales, que son más complejos y que requieren mayor tecnología. De esta forma se estaría logrando el objetivo de potenciar el desarrollo de todas las unidades asistenciales.

Por último, otra herramienta para el fortalecimiento del sector público es la coordinación de los organismos públicos que se dedican, parcial o totalmente, a la atención de la salud. Esto está establecido en el artículo 265 de este Mensaje presupuestal, y no hace más que retomar uno de los cometidos esenciales de ASSE, como es la coordinación del sector público. Debemos tener en cuenta que ASSE fue creada, entre otros motivos, para lograr esa coordinación entre los distintos organismos públicos.

Al comienzo de nuestra exposición realizamos una breve descripción de la situación, donde mencionamos las distintas unidades asistenciales. Luego, hicimos referencia al objetivo de fortalecer el sector público en el marco del sistema nacional integrado de Salud y del Seguro de Salud y, en ese sentido, describimos brevemente las herramientas con las que contamos a tal efecto. Por último, aludimos a la capacidad, potencialidad y fortaleza que tiene el sector público, y fundamentalmente la red de ASSE, para protagonizar el cambio de modelo de atención. Este cambio de modelo de atención -al que ya se ha referido el señor Ministro Interino- reconoce cinco aspectos que consideramos fundamentales.

En primer lugar, encontramos un aspecto vinculado con la población y el territorio, la regionalización y la determinación de áreas de salud. Estas últimas son, a lo largo y ancho del país, las unidades de población y de territorio que constituyen las unidades fundamentales del sistema, así como las que posibilitan el cambio de modelo de atención.

En segundo término, debemos reconocer que, además de la comunidad, los protagonistas fundamentales en esas unidades de población y territorio son los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios. Creemos que el primer nivel de atención desarrolla, articula y propende al trabajo de equipos multidisciplinarios, abandonando la concepción hospitalocéntrica para dar paso a la figura del médico.

En tercer lugar, debemos señalar que la propuesta es que en esas unidades de población y territorio donde actúan los equipos multidisciplinarios, se desarrolle un modelo de atención integral con sus seis componentes fundamentales, que son: la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz, la recuperación de la salud, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

En cuarto término, se debe poner énfasis -tal como lo manifestaron quienes me antecedieron en el uso de la palabra- en la promoción y en la prevención de la salud, elemento fundamental que propende al cambio de modelo de atención.

Por último, tenemos que reconocer que ese primer nivel de atención es un espacio adecuado para tres o cuatro cosas que nosotros consideramos esenciales para el cambio en el modelo de atención. Por un lado, es el espacio para la tan proclamada interarticulación a nivel sectorial e intersectorial, pues allí convergerán los recursos y esfuerzos, tanto de la actividad pública como privada, que permitirán brindar óptimos niveles de atención a la población de esas unidades de territorio y de población. Por otro lado, es un espacio adecuado para la participación comunitaria organizada, que se agrega al ámbito de participación de los trabajadores de la salud que, evidentemente, vamos a promover. Además, es un espacio para la capacitación y para la investigación epidemiológica. Y, finalmente, podemos decir que la determinación de esas áreas, de esas unidades de población y de territorio -que en principio serían entre 300 y 320 distribuidas a todo lo largo y ancho del país- constituyen los espacios adecuados para asegurar la cobertura universal, la equidad en las prestaciones y la accesibilidad a los servicios.

¿Cuáles son los instrumentos o herramientas que se proponen para fortalecer este primer nivel de atención, componente esencial del cambio de modelo de atención?

En primer lugar, la designación de recursos humanos para ese primer nivel de atención. Aparte de la reorganización de los ya existentes, que se puede hacer a nivel de cada unidad asistencial, es evidente que en muchos lugares -sobre todo en el interior del país- el desarrollo del primer nivel de atención de salud parte, prácticamente, desde cero. Entonces, es necesario designar funcionarios para que dicho nivel de atención sea una realidad.

En segundo lugar, tenemos los acuerdos de complementación. El artículo 268 de este Mensaje presupuestal establece claramente la amplia facultad que en este caso tiene la Administración de los Servicios de Salud del Estado -si el Presupuesto es aprobado- para articular acciones y complementar recursos con actores, tanto de la actividad privada como del resto de la actividad pública, Intendencias y Universidad de la República, entre otras. Esto quiere decir que se tiende a potenciar los recursos públicos, privados, municipales y comunitarios en esas unidades de población y territorio, que son las áreas de salud donde actúan esos equipos multidisciplinarios -algunos de los cuales están funcionando, pero habrá que designar otros-, a efectos de protagonizar el cambio de modelo de atención.

Sin perjuicio de que los señores Legisladores quieran profundizar en alguno de los artículos específicamente vinculados a ASSE, estos son los tres capítulos fundamentales a los que queríamos hacer referencia al comienzo de esta presentación.

SEÑOR MINISTRO INTERINO.- Simplemente quería señalar que este panorama general -más allá de que abarca varios temas-, ha llevado más tiempo del que hubiéramos deseado, pero es el punto de partida para escuchar las preguntas y comentarios que los señores y las señoras Senadoras quieran hacer.

SEÑOR HEBER.- Nosotros queremos dividir la intervención en dos partes. Primero desearíamos hablar del seguro y del sistema propuesto en los dos primeros artículos, para luego referirnos al resto del articulado, porque nos parece que los dos temas tienen mucha importancia.

Ya entrando en la primera parte, quiero decir que estos dos artículos, si bien no explicitan el Sistema Integral de Salud, son bienvenidos. Dado el exceso de diagnóstico que tenemos en nuestro país, nuestro Partido da la bienvenida a todo lo que signifique

una reforma. Esto no quiere decir que estemos de acuerdo, pero la discusión es, quizás, lo más relevante que pueda tener el Presupuesto.

Se trata de la primera propuesta transformadora y veremos si nos ponemos de acuerdo, más adelante, cuando lleguen los proyectos de implementación. De todos modos, bienvenidas las propuestas que buscan transformar y cambiar, porque mi partido no es conservador, sino reformista y transformador. Nos gusta la discusión profunda de los temas. Creemos que hace bien el Ministerio al instrumentar el Consejo Consultivo con el sector privado y también con los sectores políticos, que tienen sus técnicos. En tal sentido, cabe recordar que al inicio mismo de la apertura democrática, nuestro partido presentó un proyecto de Seguro Nacional de Salud el cual, naturalmente, ya no tiene vigencia -hablamos de veinte años atrás- porque han pasado muchas cosas y hubo éxitos y fracasos en las administraciones anteriores. Entonces, no es que esa sea nuestra opinión hoy en día, pero adelantamos que estamos dispuestos a participar en una discusión que busque cambiar la realidad porque el diagnóstico que hacían el Ministro Interino y el economista Olesker, es cierto: los sectores público y privado están muy lejos de lo que pretendemos y de lo que gasta la sociedad uruguaya en materia de salud.

Antes de ingresar en la consideración del tema del Seguro, siento la obligación de preguntar al señor Ministro Interino sobre los titulares de la prensa del día de hoy, porque el tema de los oftalmólogos cubanos ha generado toda una conmoción. Entonces, primero quisiera escuchar algún comentario al respecto, porque me parece de recibo que se aproveche esta instancia para informar al Parlamento sobre esta situación que ha motivado que los profesores titulares de las cátedras especializadas quirúrgicas del Hospital de Clínicas, hayan redactado un comunicado muy fuerte. Allí señalan estar de acuerdo con la preocupación del Ministerio de Salud Pública por la salud de nuestra población, pero agregan su desaprobación a un proyecto que no tomó en cuenta en su concepción a la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina, único órgano capaz de dar el aval académico para garantizar la calidad de la atención de los pacientes uruguayos, habiendo sido citada dicha Cátedra cuando el proyecto ya estaba consumado. También hacen notar la preocupación de que médicos extranjeros cubanos estén ejerciendo la Medicina en nuestro país sin el aval científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República desconociendo, por lo tanto, si su calidad técnica cumple con los requisitos exigidos para la obtención del título de la especialidad en nuestro país. Finalmente, señalan su inquietud por el hecho de que los recursos materiales utilizados para este proyecto sean volcados a un costoso traslado de pacientes, en vez de adquirir a un menor costo la tecnología necesaria para poder operarlos en el Uruguay, ya que contamos con recursos humanos suficientes, con lo cual se estaría enriqueciendo, además, a los hospitales de nuestro país.

En definitiva, brevemente pediría que antes de ingresar a la consideración del Seguro, que es más interesante, el señor Ministro Interino nos explicara qué está pasando. ¿El Ministerio no escuchó a la Cátedra de la Facultad de Medicina? ¿Qué es lo que pasa con los médicos oftalmólogos? Advierto que me comuniqué con una compañera, que es diputada suplente y que está colaborando con el Ministerio, la doctora Martínez de Pacheco, quien me informó que tiene en agenda una entrevista con el señor Ministro Interino para el mediodía, en la cual espera poder solucionar este tema.

Pero hoy ha habido comentarios en la radio y titulares en los diarios con respecto a este tema y creo que los señores Senadores merecemos, por lo menos, un breve comentario del señor Ministro Interino sobre este convenio con Cuba, ya que se ha desconocido a nuestra Facultad de Medicina.

Luego de su contestación haré las preguntas relativas al seguro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entiendo la preocupación del señor Senador Heber, pero creo que comprenderá -como todos nosotros- que el tema sobre el que está preguntando no tiene nada que ver con el Presupuesto. De ninguna manera pretendo coartar al señor Senador la posibilidad de preguntar, ni tampoco al señor Ministro Interino la de responder; simplemente quiero decir que estamos tratando el Inciso 12, que tiene casi 50 artículos, y que los demás señores Senadores -o, por lo menos, muchos de ellos- están queriendo conocer el tema por el cual estamos hoy aquí.

Hecha esta aclaración y dejando en libertad al señor Ministro Interino para responder la pregunta del señor Senador, le solicito que en caso de que lo haga, sea lo más escueto posible a los efectos de poder entrar a la discusión del tema que nos convoca.

SEÑOR MINISTRO INTERINO.- Efectivamente, por dos razones voy a dar una breve respuesta. La primera de ellas es porque el tema aparece hoy en los medios de comunicación, pero tiene algunas semanas de procesamiento.

Hace unas semanas mantuvimos una reunión con la Decana de la Facultad de Medicina, la profesora Ana María Ferrari, donde le comunicamos el ofrecimiento que tenía nuestro país, sin costo alguno, para dar respuesta al tema de las intervenciones quirúrgicas oftalmológicas a través de un programa que está impulsando el Gobierno de Cuba.

Nosotros teníamos y tenemos la intención -y esta es la posición sustantiva- de lograr un apoyo para una demanda acumulada muy grande en el país. Creo que a los señores Senadores no se les escapa que en torno al tema de salud ocular hay una deuda acumulada bastante difícil. Aclaro que hablamos de deuda acumulada en salud ocular, en salud mental y en salud bucal. El sistema de salud tiene muchas fallas pero, además, tiene algunas deudas que se han acumulado. Tenemos decenas de miles de personas postergadas por un sistema de atención a la salud ocular, que tenemos que cambiar en nuestro país; sin embargo, repito que en los hechos hoy tiene a mucha gente sin cobertura oftalmológica. Tenemos ciegos sin capacidad de comunicarse y de integrarse.

El Gobierno de Cuba ofreció esta posibilidad, en el marco de un proyecto general de cooperación técnica en América Latina, para "desgravitar" esa deuda acumulada. El tema fue planteado en el Ministerio de Desarrollo Social, el cual va a incluir en este programa a las personas que integran el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social, ya que en este plano hay una emergencia sanitaria. Y esto lo anunciamos hace algunas semanas.

Los Ministerios de Desarrollo Social y de Salud Pública también quieren que se generen capacidades locales para dar respuesta a lo que hasta ahora ha sido una barrera infranqueable para la mayoría de la población, con costos importantes en el sector privado. Creo que todos los señores Senadores conocen las limitaciones y barreras existentes.

Nosotros hablamos inmediatamente -porque aquí no hay nada para ocultar- con la Decana de la Facultad de Medicina y convinimos en tener una conversación con el Departamento de Oftalmología. Aclaro que esto no va en contra de lo que el país hace o no, sino que es a favor de generar una capacidad en este tema y de poder aprender, no la técnica quirúrgica oftalmológica,

sino los modelos de intervención públicos -como los tiene el Gobierno de Cuba- y las dinámicas de procesamientos de operaciones que bajan mucho los costos. Digo esto porque son centros que tienen un diseño que permite abatir grandemente los costos de una atención individualizada.

Además, quiero realizar algunos comentarios. Mantuvimos un diálogo con la Facultad de Medicina -más precisamente con el Departamento de Oftalmología y no con la Decana-, en el contexto de emergencia de esta iniciativa y de comenzar a generar capacidades en el país. El Uruguay cuenta con 230 oftalmólogos, pero éstos no tienen -por debilidades nuestras y del Ministerio de Salud Pública- la capacidad de generar esa respuesta. Entonces, cuando viene un ofrecimiento de un gobierno latinoamericano para poder empezar a desgravitar esa deuda acumulada, entendemos que no tenemos autoridad moral o política para decir "No, porque genera determinados problemas a un interés corporativo". No lo vamos a hacer; no vamos a caer en la lógica de responder a las necesidades de la gente en función de intereses corporativos y si eso tiene costos sociales y políticos, los asumiremos porque para mí, Ministro interino o Subsecretario integrante de un equipo de Gobierno, lo primero es empezar a resolver los problemas de la gente.

Por otra parte, voy a hacer una segunda aclaración. Hemos llamado a la Cátedra de Oftalmología y a la doctora Martínez de Pacheco -que es una amiga y está muy interesada en estos temas-, pero no pudimos concretarlo porque estaba de viaje en el exterior. Llegó ayer y me voy a reunir con ella en el día de hoy. ¿Para qué? Para no empezar a tirar flechas contra un nuevo flanco, sino para empezar a pensar con inteligencia -que es como debemos pensar en el país- sobre cómo le damos respuesta a la gente y cómo transformamos esta realidad. El barco de la salud está en marcha y no podemos realizar una reforma en dique seco; el barco está funcionando y hay que calafatearlo en marcha y usar todas las respuestas que nos permitan actuar.

SEÑOR HEBER.- Simplemente quiero realizar un breve comentario. Lo que sostienen los catedráticos es que el costo del pasaje puede significar la falta de recursos como para que ellos puedan cumplir la misma función aquí. Por supuesto que queremos que le vaya bien en las entrevistas que tiene el señor Ministro interino y que las comunicaciones sean más fluidas, no solamente con la Decana sino también con la Cátedra de Oftalmología que ha salido públicamente a protestar.

SEÑOR MINISTRO INTERINO.- Quiero reiterar -porque quizás no quedó claro en mi anterior intervención- que el costo del pasaje está asumido en el marco del programa de cooperación técnica del Gobierno de Cuba.

SEÑOR HEBER.- Al principio de mis manifestaciones dije que si hay algo removedor en ese proyecto de ley son las propuestas de creación de un sistema nacional integrado de salud en los artículos 245 y 246 y las referencias que más adelante hacen otras disposiciones. Al respecto, decíamos que nos interesaba discutir este tema. Hemos leído las exposiciones del señor Ministro interino y del economista Olesker realizadas en la Cámara de Representantes con motivo del estudio del proyecto de Presupuesto. Decimos que es buena cosa que los economistas integren el Ministerio de Salud Pública porque la verdad es que los médicos no tienen buen prestigio como administradores, sin que esto sea una alusión al señor Presidente de la República y al Ministro Interino. Reitero que los médicos no tienen un buen prestigio como administradores y, en términos generales, esa es la razón de la situación del sistema mutual. Recuerdo que cuando en el pasado discutíamos con el entonces Ministro de Economía y Finanzas, economista Luis Mosca, nos decía que si había lugares donde debía haber economistas en la Administración eran en el Ministerio de Defensa Nacional y en el Ministerio de Salud Pública. Aclaro que, en ese sentido, estoy ponderando al economista Olesker.

Conocemos muy bien al economista Olesker y, por lo tanto, sabemos que es un gran entusiasta de las cosas. Tiene tanto entusiasmo que solamente le falta el pizarrón para explicarnos con círculos y rayas y así poder convencernos. Seguramente nos pueda convencer, pero el problema es que las discrepancias que a veces podemos tener con el contador Olesker están basadas en ese entusiasmo casi voluntarista. Le tememos a esa situación y eso es lo que queremos discutir con él. El ha realizado distintas manifestaciones en la prensa sobre el sistema nacional integrado de salud y sobre el seguro nacional y, naturalmente, todos coincidimos en que dicho sistema tiene que dar una atención al paciente totalmente diferente. Por supuesto que también compartimos muchos de los comentarios que ha realizado sobre la injusticia y la inequidad del sistema. El tema es cómo lo corregimos y si realmente se logra con la propuesta que se plantea. Este es uno de los grandes agujeros o interrogantes que podemos tener sobre lo propuesto o comentado. Por ejemplo, en distintos reportajes se le ha preguntado sobre una serie de variables y de cómo se puede calcular el costo de todo esto, lo que hasta ahora es un gran signo de interrogación. Se ha dicho que dependerá de la edad, del sexo y de que se incorporen otros factores de riesgo. Coincidimos con el economista cuando dice que no se puede poner solamente este único tema porque se estaría castigando al enfermo o a los de mayor edad. Sin embargo, nos asalta la idea de cuál va a ser el criterio que se va a utilizar para que el Fondo pague a los prestadores de salud, tanto públicos como privados. El economista se ha referido al Fondo único y quizás con este proyecto podamos lograrlo, pero nos da la sensación que empezar por dicho Fondo puede ser altamente riesgoso, porque si bien tenemos una gran contribución del Estado en términos generales y se puede tratar de unificar todo lo relativo a las prestaciones de salud, que están totalmente diversificadas, nos queda una interrogante -quizás luego el economista podrá responder a todas mis inquietudes- en cuanto a qué va a pasar con los sistemas de salud propios como los del Banco Hipotecario o el de ANCAP. Con respecto a ellos nos preguntamos si se van a desmantelar, si se fusionarán o si no continuarán cumpliendo su función. Creemos que habrá de darse todo un proceso de adecuación que no será fácil porque muchos de los trabajadores de empresas públicas que cuentan con este sistema propio de atención de la salud como, repito, el del Banco Hipotecario, el de ANCAP o el del Banco de Seguros, se resisten enormemente a unificarlos. Otra cosa sería si hubiera una verdadera conciencia nacional de solidaridad y de ir rumbo a lo que todos pretendemos, como es un sistema nacional de salud que realmente sea eficaz.

En distintos reportajes, el economista Olesker ha señalado algunas cosas que nos llama la atención. Por ejemplo, en algunos reportajes radiales ha dicho que existen cuatro ventajas. La primera de ellas es la integración en un sistema único. La segunda es que cada uno va a contribuir a este sistema al que todos tenemos que aportar en función de nuestros ingresos y, por lo tanto, va a ser equitativo.

La tercera ventaja, según dice, es que desde el Fondo centralizado "Yo oriento el gasto privilegiando el primer nivel de atención". No me gusta la expresión "Yo oriento". El economista Olesker venía hablando bien sobre ventajas que son buenas, pero reitero que la expresión "Yo oriento" tiene un contenido totalitario.

La cuarta ventaja es que, a partir de un Fondo centralizado y de un sistema de orientación del gasto, "yo logro los equilibrios en las instituciones mutuales y en las públicas". Permítame el economista Olesker decirle que es difícil lograr ese equilibrio, que lo coloca como una ventaja y dice que va a ser uno de los grandes desafíos. Si hay algo que no está equilibrado son las mutualistas; muchas

de ellas están soportando una gran crisis. Es más; existen temores porque las que pueden ingresar en el Sistema Nacional Integrado de Salud seguramente sean las mutualistas grandes, las poderosas, las fuertes, no así las que, de alguna manera, están peleando por un espacio.

Más adelante, en el mismo reportaje, el economista Olesker habla de la complementariedad que puede existir entre aquellas mutualistas que no ofrecen un sistema integral de salud.

En fin, nos queda esa primera interrogante, por lo que pediríamos al economista Olesker que, con el entusiasmo que le caracteriza, explique cómo piensa lograr el equilibrio entre las instituciones mutuales y las públicas.

En el reportaje, el economista habla de Canadá. No es el mejor ejemplo a tener en cuenta. Le pediría que, además, se comunicara -no en la visita que cita en el reportaje- porque si hay algo que en Canadá no funciona correctamente es el sistema nacional de salud. Basta hablar con los residentes uruguayos en Canadá -que lamentablemente tenemos por miles- para saber lo que les cuesta poder integrarse. Es más; muchos médicos se instalan en la frontera de Estados Unidos porque ahí atienden y cobran lo que no pueden hacer en Canadá porque la atención es gratuita. Cuando el voluntarismo no reconoce la situación del mercado, genera estas realidades. Reitero que muchos de los médicos canadienses se instalan fuera de fronteras para atender y poder cobrar. Esto se puede comprobar porque son los mismos médicos los que nos han hablado de esta situación de Canadá, que además tiene un sistema de salud muy caro. No me parece, pues, que sea un buen ejemplo al cual recurrir.

Se dice: "Vamos a crear una gran institución mutual pública, juntando al Hospital Militar, al Hospital Policial, al Banco de Seguros del Estado", es decir, a todos los que integran el sistema nacional público, además de los hospitales de Salud Pública. Y se agrega: "la vamos a fortalecer porque, en la medida en que esté fortalecida, podrá competir en el mercado de la captación".

La gran interrogante al sistema es si cuando se abra el sistema de elección -que en el reportaje el economista Olesker asegura y reafirma- va a haber libertad de opción entre la salud pública y la privada que según dice el economista Olesker puede ser en 2007 y en 2008.

El gran temor y lo que el economista Olesker no contesta con contundencia en todo este reportaje -y nos gustaría tener una respuesta de su parte- es por qué un funcionario público o uno que hoy se está atendiendo en la Salud Pública no va a ir a la Española y sí va a ir al Hospital Pasteur. ¿Cuál es la razón por la cual no van a elegir a las mutualistas privadas que brindan mayor tecnología y comodidades, si es que hay libertad de elección?

Y si no hay libertad de elección, bueno, quiero saber quién elige por uno. Se ha dicho en algunos reportajes que se podía tomar en cuenta la situación territorial, geográfica. Esto no lo tenemos muy claro y nos gustaría que el economista Olesker nos aclarara esta situación o nos convenciera, porque de ser así, privatizaríamos la salud porque nadie quedaría en los hospitales públicos, ya que las personas irían directamente a donde están los mejores médicos, la mejor tecnología, donde hay más comodidad o mejor infraestructura. El economista Olesker dice en el reportaje que aspira a que con esta fusión de acciones y con las inversiones que se establecen en los artículos se mejore la calidad y que los hospitales públicos realmente sean atractivos. Esto sucede en hospitales del interior que son muy buenos ejemplos. A mi lado, tengo a un Senador de Tacuarembó, y uno de los ejemplos más lindos que tenemos de la Salud Pública en el país es, justamente, el Hospital de Tacuarembó que es un referente de cómo se puede hacer una buena gestión pública. ¡Ojalá fuera así en todo el país! Pero lamentablemente podemos hablar así de los Hospitales de Paysandú, de Tacuarembó, de Flores y de Treinta y Tres que, creo que está bastante bien y, del de Durazno que estaba funcionando muy bien pero ahora no sé cómo está.

El problema de implantar el Sistema Integral Nacional de Salud -el economista Olesker lo reconoce en el reportaje- sobre todo en Montevideo, aunque en el interior también, es cómo detenemos el hecho de que una mutualista se lleve a doscientos mil o trescientos mil usuarios, mientras Hospitales como el Pasteur y el Maciel quedan sin clientes -por decirlo de algún modo- que serían la gran mutualista pública que vamos a tener.

También dice en el reportaje que su desafío es trabajar estos tres años en transformar a ASSE o a la mutualista pública -que sería ASSE, el Hospital Militar, el Hospital Policial, el Sanatorio del Banco de Seguros del Estado y los del Banco de Previsión Social- en una mutualista pública competitiva. Aquí es cuando veo que el entusiasmo del economista Olesker pone en el pizarrón algo que es muy difícil de llevar adelante en la realidad. Realmente, esto puede generar el fracaso del Sistema Nacional Integral de Salud. La clave de esto es si el sistema público puede competir, fusionando todo esto, en las mismas condiciones, con los mismos servicios, con la misma dedicación y la misma atención para ser competitivo con el sector privado. Acá es donde nosotros vemos -lo decimos con mucho respeto por el economista Olesker- una actitud un poco de "quiero que esto sea así". Quien habla también quiere que esto sea así. Podemos coincidir en ello, pero el tema es si se logra que eso sea así, porque si no se logra vamos a tener una corrida muy grande de las 1:800.000 personas que se atienden en el sistema público. Sería muy caótico si tenemos una enorme cantidad de personas que se van a ir al sistema privado abandonado al público. Estas son las interrogantes que tenemos.

En el reportaje habla a favor del sistema público diciendo que éste había obtenido un retorno.

Creo que el retorno de usuarios al sistema público que hubo en el pasado abandonando el sistema mutual privado fue producto de la crisis económica y no de lo atractivo que es el sistema público. En ese sentido, coincidimos con el diagnóstico que habían realizado al principio: el sistema público no está bien, está brindando un pésimo servicio y pretendemos que tenga el mismo nivel de atención que el sector privado o mejor, como puede ser el caso del Hospital de Tacuarembó y de otros hospitales del país.

Otra pregunta que quisiera plantear al señor economista Olesker se refiere a una cifra que figura en el proyecto de ley de Presupuesto, que no fue mencionada en el reportaje, pero que la conocemos todos los Legisladores. Para poner en orden y hacer atractivos a los hospitales habría que hacer una inversión de alrededor de U$S 50:000.000 por año en el sistema público hospitalario y de equipamiento. Esta es una verdad sabida dentro de nuestros cuerpos técnicos. Este monto significaría U$S 250:000.000 en el quinquenio para poner en hoja a los hospitales, para que brinden una buena atención y tengan infraestructura y tecnología adecuadas.

En el proyecto de ley de Presupuesto figura una cifra de aproximadamente U$S 50:000.000 en los cinco años y creo que se está estudiando la posibilidad de un convenio de aportes hospitalarios con Italia. Nosotros aplaudimos estos convenios. En el pasado

tuvimos buenas inversiones en los hospitales y nos parece que eso es buena cosa. Sin embargo, no sé cómo en los dos años que señala el economista Olesker llegaremos a tornar competitivos y atractivos a los hospitales como para poder integrarlos en el Fondo Unico y, por lo tanto, en el sistema de competencia que se busca entre el sistema público y el privado.

Estas son las interrogantes que queríamos plantear con respecto al seguro. A nosotros nos gusta la discusión profunda de los temas, porque nuestro Partido no es conservador, sino reformador y le gustan los cambios y las transformaciones. Además, nos gusta discutir estas cuestiones que, lamentablemente, son de las pocas que se pueden discutir en el Presupuesto que ahora tenemos a consideración.

SEÑOR MINISTRO INTERINO.- En primer lugar, queremos señalar que a nosotros también nos parece bien interesante que se pueda avanzar en la discusión de la reforma, tomando cada uno de sus componentes y viendo cuáles son las posibilidades de bajar a tierra los principios.

En el tema de la salud -como ocurre con otros temas- hay un acuerdo muy rápido en el diagnóstico -el propio Senador Heber acaba de hacerlo- y un acuerdo que termina siendo aparente si no tenemos la capacidad de bajar a tierra la reforma en los principios y los valores de la salud, pero existen enormes dificultades con más o menos voluntarismo o con más o menos voluntad, ya que el voluntarismo es la deformación de la voluntad y creo que lo interesante es tener voluntad y convicción para lograr los cambios. De otra manera, los cambios no llegan. Los principios enunciados solamente son papel pintado. Los cambios requieren -y no quiero entrar en una polémica- gente, actores y gobiernos que tengan la capacidad de decir cuáles son las etapas, la forma de implementarlos y la respuesta para tal o cual dificultad. Comienzo mi respuesta por una primera dificultad que quizás sea demasiado doméstica en una Comisión de Presupuesto del Senado. Esta no es la reforma de nuestro querido compañero economista Olesker.

Esta es la reforma del Poder Ejecutivo y, por lo tanto y en primer lugar, del Presidente de la República y de nuestra fuerza política. Esto quiero dejarlo claro: aquí somos Gobierno de todos los uruguayos y tenemos una responsabilidad institucional, pero también tenemos un mandato programático, al igual que todos los partidos políticos cuando llega la hora de plantear soluciones para los temas. Pero después es imprescindible construir la viabilidad material, tangible, de la reforma.

Entonces, esta reforma que tenemos es de todo nuestro equipo y, sin duda, de la señora Ministra, María Julia Muñoz que, como todos los señores y señoras Senadores saben, está participando en la importante actividad que está llevando adelante el Presidente de la República en Europa.

Esta reforma es de todos, es decir, de los economistas, de los médicos, de los ciudadanos y de los políticos. Lo peor que podemos hacerle a esta reforma, como a cualquiera, es convertirla en una reforma técnica o de especialistas. No; aquí tenemos una identificación de los problemas: los hay de equidad -serios-, de calidad, de satisfacción de los intereses de los usuarios y de sustentabilidad del sistema.

Entonces, tenemos que tomar esos problemas y buscarles la solución. No alcanza con que nos pongamos rápidamente de acuerdo en el tema de que hay que hacer la reforma o de que el diagnóstico es compartido.

Voy a tomar en un orden distinto las preguntas del señor Senador Heber; empezando por el primer tema que es cuál es el análisis comparado de esta reforma respecto de otras en el mundo, de otros procesos o de la manera en que los países resuelven estos problemas complejos.

En primer lugar, hay una cosa que está clara: todos los sistemas de salud -esto lo decía en mi intervención inicial- están muy acosados por el tema de la inducción a la demanda que genera la revolución científico-técnica internalizada en el proceso de atención a la salud. ¿Dónde están los límites de la atención? ¿Hasta cuándo se debe prolongar la vida? ¿Qué tecnología se aplica? ¿Cuál es la tecnología que puede sustentar un país? Todos estos son temas que tienen un enclave ético, sanitario y político que no es fácil de resolver en el Uruguay con la reforma de este Gobierno ni con la de ningún otro gobierno.

Entonces, hay un tema global que tiene que ver con los desafíos que presenta la atención a la salud y su cruce de caminos con una incorporación, muchas veces irracional, de la tecnología tomada en un sentido amplio. En este sentido aparecen un conjunto de cosas muy buenas -porque dan opciones de vida-, pero también aparece una serie de perversiones donde incluso la posibilidad de una pandemia está, en algún punto, en la sintonía del mercado sí o mercado no.

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Penadés)

En consecuencia, más allá de que quizás esto pueda ser resumido como una cuestión ideologizada, cuando este Gobierno señala el valor de la salud como derecho humano fundamental, como bien público y como responsabilidad de gobierno, no está hablando de una cuestión menor que se puede repetir de cualquier manera, sino que está comprometiéndose a decir cómo garantiza ese derecho exigible a la salud. Y está diciendo, a *"contrariu sensu",* que la salud no es una mercancía ni debe ser tomada en esa lógica, es decir, de algo que se vende y se compra, porque con este razonamiento se intentó hacer una larga lista de reformas en América Latina -con recomendaciones que se daban desde ámbitos internacionales respecto a ese tipo de reformas- y, como dice un amigo, fracasaron con total éxito. Digo esto porque cuando se internaliza el mercado en la solución de los problemas de salud, cuando no se tiene una política de Estado y cuando no se piensa en cómo se organizan los recursos, la consecuencia inmediata que se tiene es ir a un sistema fuertemente polarizado. La apuesta grande que han tenido Canadá, Israel, Francia y toda la Unión Europea -con modalidades diferentes- es la de ir a sistemas nacionales que, en general, son estatales porque así surgieron. Nosotros dijimos que no somos una empresa de demoliciones ni la hoja está en blanco, entonces, enfrentamos el desafío enorme de incorporar todo lo que está para reorientarlo con esos principios, pero la idea de sistema no está discutida.

Donde no hay sistemas, donde el mercado es el que ordena la posibilidad de acceso a ese derecho, cuando no hay una idea de bien público, lo que tenemos es una fuerte polarización del sistema de salud, en la cual reciben atención los que pueden pagar, se termina mal atendiendo y hasta no atendiendo. A este respecto, hay mucha literatura comparada que, con gusto, la puedo hacer llegar a los señores Senadores. Por ejemplo, respecto al sistema de Estados Unidos, el informe Hillary Clinton, en el año 1991, ya planteaba el gran problema de "qué pasaba con los sistemas de aseguramiento privado", que lo que iban a hacer -y así ocurrió-

sería encarecer de manera exponencial el costo en salud. Estados Unidos destina un 14% de su Producto Bruto Interno -que no es cualquier Producto- a la salud. Sin embargo, hay de 55:000.000 a 60:000.000 de habitantes que no tienen cobertura.

Entonces, la idea de sistema,¡caramba!, podrá llegar a ser voluntarista en algún momento, y no lo descarto, pero la posibilidad de poner en marcha un sistema con un fuerte pacto social y político, es imprescindible. De lo contrario, el modelo que va a imperar será el de que tendrá salud el que puede pagar y tendrá que estar en hospitales de campaña -como ya empiezan a estar, lamentablemente, muchos de nuestros ciudadanos a pesar de algunos esfuerzos- el que no pueda hacerlo; esto sucede cuando no se tiene la capacidad de redistribuir y reordenar recursos y darle un lugar a la organización del sistema de salud.

Me viene a la memoria la película "Las Invasiones Bárbaras". Habría que preguntarse que hay atrás de la idea de mostrar el modelo canadiense, que ningún especialista, economista, médico, psicólogo o psicólogo social, puede discutir. Me gustaría saber -no lo digo en términos polémicos- qué podrían pensar en Canadá si les repitiéramos a sus ciudadanos, a su Embajadora, la idea -diría, doméstica- de que el sistema canadiense tiene problemas. Pero, caramba, funciona, y funciona. Lo que sucede es que aquí hay un tema de paralaje. Los canadienses, con razón, quieren ver cómo asumen la conversión de la tecnología, pero, cuidado, no me animaría a decir que el sistema canadiense no funciona. En verdad, creo que hay que tener cuidado con algunas cosas. Esto lo digo con el mismo respeto que hablaba el señor Senador y no quiero polemizar, sino señalar que el sistema canadiense no se puede tirar así como así. ¿Es el uruguayo el que vale? No digo eso; pero sí que el sistema que se pondrá en marcha aquí, será uruguayo y tendrá que tomar en cuenta las fortalezas, las debilidades, las amenazas y las oportunidades que tiene la realidad uruguaya para construir un sistema de salud.

Todos los diferentes sistemas tienen cosas que se pueden tomar, por ejemplo, el de Israel. Pero, en todo caso, tendremos que tener una discusión para encontrar nuestros puntos fuertes. Lo que es común, lo que compartimos con todos los países, es cómo resolvemos el tema de la provisión de una salud integral con universalidad. Esa es la primera discusión que tenemos que darnos para saber si de verdad queremos un sistema de salud que garantice un derecho humano exigible, un derecho humano esencial, que no podría estar en cuestión ni sometido a las ineficiencias de los Gobiernos, de los prestadores ni de los que trabajamos en la salud.

Esto es lo que quería señalar en cuanto a los modelos y a lo que estamos tomando nosotros.

En segundo lugar está el tema del sistema de salud público. Por cierto, la reforma sanitaria tiene como componente fundamental la idea del fortalecimiento del sector público; y lo tiene por múltiples razones. En primer lugar, porque el país ya tiene un sector público. O sea, la discusión público o privado no es una discusión teórica, como decía antes, en el dique seco. No se trata de si el sistema tiene que ser público, público estatal o privado. Tenemos un sistema; tenemos 248.000 metros cuadrados de construcción para la prestación pública en ASSE; tenemos 19.000 funcionarios; tenemos muy buenos servicios en calidad de atención como, por ejemplo, los CTI públicos y también muchas emergencias, donde se destaca la del propio Hospital Pereira Rossell. Hablo de todo el sistema y de las capacidades que con todas las dificultades que existen a nivel público, las tenemos que potenciar.

Tenemos también, en el imaginario de la gente, adhesión a los hospitales públicos. En tal sentido, estamos evaluando el grado de adhesión que los ciudadanos tienen a ese hospital público en el cual nacieron, donde se atendieron sus hijos, etcétera. Ese nivel de adhesión no es -además- el del imaginario de la clase media que se plantea si se atiende en lo público o en lo privado. Tenemos que romper ese paradigma. Si la salud es un bien público, el prestador puede ser estatal o privado, pero tiene que ser bueno. Esto es lo que no puede estar en discusión.

En consecuencia, habrá que hacer algo que potencie al sector público para dar garantías en ese plano. Y eso, ¿cómo se va a hacer? Lo decíamos anteriormente: se hará a través de un proceso. Nadie tiene la idea de que podemos potenciar al sector público en un acto, ya que no tendríamos ni recursos ni capacidad de gestión suficientes para hacerlo, pero sí tenemos capacidades técnicas en nuestro Ministerio y en nuestro equipo de Gobierno como para desencadenar ese proceso. Además, la propia implantación del fondo público obligatorio va a ir generando recursos, no de Rentas Generales, sino de la redistribución, sin bajarle a nadie su calidad de atención. El problema que tenemos con el valor de las cápitas no es un tema de calidad de atención, sino de inducción a la demanda y al gasto que se genera en un sistema que no está regulado. Un sistema regulado, con una prestación básica, asegura la asistencia en forma integral, y todos los complementos se pueden tener. Si alguien quiere pagar en el marco del sistema una habitación privada -habría que discutir si la sociedad lo puede sostener para todo el mundo aunque, seguramente, en esta primera etapa no se podría ni plantear- lo puede hacer con un plus a su prestación integral. Pero esa prestación integral -reitero, y lo quiero dejar claro en esta Comisión del Senado- se logrará en un proceso. No vamos a conseguir la equidad en el sistema ni en un año, ni en dos, ni en tres, ni probablemente en un período de Gobierno. No la vamos a conseguir, y lo sabemos de antemano. Aclaro que no estamos abriendo el paraguas porque no lo podremos lograr, sino que decimos que queremos una construcción con voluntad política clara y también con herramientas claras que nos permitan transitar ese proceso. Pero para ello hay que pensar y hay que empezar.

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Vaillant)

En tal sentido, esta reforma contenida en los artículos 245 y 246 tiene esa vocación, y plantea herramientas técnicas y políticas para llevarla a cabo. Hay que destacar que la reforma no es técnica; tiene un soporte técnico pero es una reforma política, es una reforma de Gobierno y ello tiene que quedar claro. Por eso es muy importante que estas discusiones se den, pero no en base al excelente reportaje que le hicieron al economista y compañero Olesker en una radio, sino que tenemos que llevarlas adelante en ámbitos -como el que planteó la señora Senadora Xavier en el Parlamento el día que vino la señora Ministra, y al que varios de los aquí presentes pudieron concurrir- adecuados para discutir en serio cómo avanzar en este tema de la reforma. Creo que esas cosas son imprescindibles.

SEÑOR OLESKER.- Simplemente, quisiera dar algunas respuestas puntuales que me parece que pueden ser importantes sobre la base de que la discusión global hay que darla, como se señalaba, no sólo cuando ingrese al Parlamento la consideración de la Ley del Seguro, sino también en esos ámbitos que se han señalado, como el que promovió la señora Senadora Xavier y al que aludimos en nuestra presentación. Incluso, allí hablé de lo primero que quiero señalar y es que nosotros consideramos la construcción del fondo como un proceso en el que distinguimos tres etapas. El señor Senador Heber dice que no debería ser lo primero y nosotros creemos que sí, porque es el que orienta el gasto en salud. Lo que sucede es que, reitero, esto implica un proceso en el que marcábamos esas tres etapas que mencionaba. Una etapa de acumulación de dineros públicos; una segunda

etapa de integración de los fondos de la seguridad social; y una tercera etapa de ingreso de las cuotas individuales cuando estén canalizadas a través de la reforma tributaria. Para cada una de esas etapas planteábamos períodos en el primer semestre del año 2006, en el segundo semestre del 2006 y en el primer semestre del 2007.

Nosotros nunca dijimos que esta tarea sea sencilla; sin duda, lo más fácil que tiene la reforma es el diseño técnico y, lo más difícil, su proceso y construcción.

Respecto al tema del fortalecimiento del sistema público quiero decir que si se lo mira en forma horizontal -esto es, por instituciones- se puede apreciar que hay mucho para mejorar; en cambio, si se lo observa transversalmente, es decir, por programas, se puede advertir que hay muchas fortalezas del sistema público que actualmente están integradas al Sistema Nacional de Salud. Es más; en las áreas que consideramos marginales en el sistema mutual, como la salud mental y bucal, existe un vínculo directo con el paciente en el primer nivel de atención. En un sistema como el nuestro, que quiere fortalecer el primer nivel de atención, basta observar qué eficiente es éste en el sistema privado y, seguramente, encontraremos serios problemas. La ventaja que tiene el fortalecimiento del primer nivel como estrategia, es que su costo de inversión es sustantivamente menor al que se registra en el segundo y tercer nivel, porque el mismo tiene mucho que ver con la formación de recursos humanos, así como con el contacto directo con el paciente.

Estoy convencido, además -y esto lo podremos saber dentro de algunos años- que si se logra la apertura de la movilidad, el porcentaje será sustantivamente bajo. Pero esta es una de las hipótesis que son comprobables una vez que se desarrollan las estrategias.

Quiero señalar que, entre las ventajas del sistema único, el señor Senador Heber hizo referencia al equilibrio. Al respecto, deseo indicar que, en función del diseño que acabamos de exponer, no hay ninguna razón para decir que a una mutualista le va a ir bien o mal de acuerdo con su tamaño, porque para determinar esto existen otras razones como su capacidad de reorientar el gasto hacia el primer nivel, su profesionalidad, etcétera. Vuelvo a decir que no hay vinculación directa entre esta nueva modalidad de financiamiento y el tamaño. Por supuesto que hay tamaños mínimos y, seguramente, habrá máximos, pero esta no es la situación del mutualismo en Montevideo. En el caso del interior del país, la Federación Médica del Interior dio a conocer su decisión -que seguramente fue comunicada a los señores Senadores- de que en muchos de los casos operará como reaseguro, dado que las mutualistas muy pequeñas no tienen la capacidad de asumir el riesgo. De esta manera, quedaría salvado el tema del tamaño.

El problema básico del equilibrio está vinculado a la relación costos-ingresos y a las primas de riesgo.

También hay reorientaciones del gasto y políticas de precios. Cuando uno dice que la atención mutual se compone de tales y cuales prestaciones -y eso es lo que aspiramos dar a todas las instituciones- eso no va a sufrir una igualación hacia abajo. Otra cosa distinta son los precios que se pagan por dichas prestaciones, lo cual tiene mucho que ver con los mecanismos de co-participación entre proveedores y prestadores y que, justamente, un sistema como estos, amortigua sustantivamente.

Con relación al tema de las experiencias internacionales, debemos distinguir claramente entre prestación y aseguramiento. Nosotros reivindicamos fuertemente un sistema de aseguramiento centralizado y de seguro social, como lo muestra la eficiencia lograda en Israel, Gran Bretaña, Francia y Canadá. Otra cosa es cómo ese sistema social se vincula con la prestación, y aquí los ejemplos que citamos anteriormente son todos distintos. Por ejemplo, Israel tiene prestadores públicos y privados que se complementan; Gran Bretaña tiene sólo prestadores públicos y, Bélgica, tiene un sistema de libre elección en el que no hay prestadores, sino aseguradores, donde la persona se asegura donde quiere y el asegurador le devuelve la plata. Esto es una movilidad plena y universal. La opción uruguaya es la de tender hacia un sistema público- privado, mixto, de complementación.

Lo que rescatamos de la experiencia internacional -y sobre eso sí hay mucha literatura escrita- es la diferencia entre un sistema de aseguramiento social centralizado y uno privado, y optamos por el primero.

Por último, con respecto a la mutualista pública, con los compañeros del Banco Hipotecario del Uruguay tenemos que dar dos discusiones diferentes. La primera es que ellos son trabajadores que pertenecen a un Sistema Nacional de Salud y tienen que aportar al fondo centralizado, como cualquier trabajador; y la segunda es si la clínica que tienen, que da ciertas prestaciones, puede ser parte de la red de asistencia. Quiero señalar que sobre la primera tenemos una decisión clara y sobre la segunda, forma parte de lo que ASSE está haciendo ahora -que lo debería haber hecho desde 1987 y nunca lo llevó a cabo hasta nuestra llegada al Gobierno- que es reunir a todos los prestadores públicos y decirles cómo miramos al Estado, como un prestador único, múltiple pero coordinado. Digo esto, porque puede haber varias mutualistas públicas, no tiene por qué haber una. Todas estas son las decisiones que hay que ir tomando y tanto la Clínica del Banco Hipotecario, como la Clínica de ANCAP, el Sanatorio del Banco de Seguros del Estado y el Sanatorio Canzani entran en ese esquema. Esto es independiente de lo que les va a pasar, como beneficiarios plenos, aportando por ingresos, a los trabajadores del Banco Hipotecario, de ANCAP, de Banco Central del Uruguay, etcétera.

SEÑOR GALLINAL.- Voy a preguntar también acerca del Sistema Nacional Integrado de Salud, porque me parece que es el gran tema de este Presupuesto en lo que tiene que ver con el Ministerio de Salud Pública. Como ha señalado el señor Senador Heber, nuestra colectividad impulsa la conformación de un Sistema Nacional de Salud que puede tener algunas afinidades con el que aquí se pretende llevar adelante, pero, obviamente, necesitamos tener un conocimiento más amplio de la temática para poder sacar nuestras conclusiones.

Me llamó la atención el artículo 246 en la referencia que tiene a la disposición transitoria de la Constitución de la República y, después, leyendo con mayor atención, creo que pretende ser la explicación de por qué no está contenida en el Presupuesto Nacional la reforma en su conjunto. A nuestro juicio, ello hubiera sido bueno, porque nosotros esperábamos un Presupuesto con un cambio grande en las estructuras del Estado y, en particular, en el tema de salud. Pero aquí aparece una justificación que puede ser comprensible. De todas maneras, quien habla tiene una interpretación diferente. Pienso que la disposición transitoria, así como también el artículo 67 de la Constitución de la República -aunque en particular la disposición transitoria, en tanto declara la inconstitucionalidad de toda modificación de seguridad social en las leyes presupuestales o de Rendición de Cuentas- están referidos, básicamente, a las jubilaciones y pensiones que se sirven a través del Estado, pero como allí hay referencias a los seguros sociales, obviamente, existen seguros sociales por enfermedad. Además, si se quiere hacer una gran reforma del Sistema Nacional de Salud, seguramente lo mejor será evitar que mañana pueda no implementarse la reforma porque a alguien se le ocurra

promover una acción de inconstitucionalidad contra la ley en función de la cual se lleva adelante. En ese sentido, creo que se justifica que no se introduzca la reforma dentro del Presupuesto Nacional, aunque sí estén presentes estas normas que son, casi todas, de carácter programático. Ellas le generan al Gobierno un compromiso de acción futura y es bienvenida la noticia de que se va a legislar -seguramente, en más de una oportunidad- para la implementación de la reforma. Ello nos dará la oportunidad de conocer a fondo cuáles serán los instrumentos que se utilizarán para lograr un objetivo tan loable, como es la creación de un Sistema Nacional Integral de Salud.

Sobre ese tema quisiera hacer algunas preguntas, a efectos de que podamos seguir informándonos y nutriéndonos de datos para la dilucidación de este Sistema.

En principio, deseo saber cuáles son los tiempos, las etapas, que el Gobierno piensa que insumirá el llevar adelante la implementación del Sistema y la creación del Seguro. A su vez, sería importante conocer cuál es la vinculación que el Sistema tiene con la reforma tributaria, y especialmente con la creación del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Últimamente, cada vez que en el Senado hemos pretendido discutir a fondo temas relativos a ciertos cambios que se están llevando adelante en diferentes organismos del Estado, nos hemos encontrado -incluso al pedir opinión al equipo económico- con que las respuestas llegarán cuando esté diseñada la reforma del sistema tributario. Eso prolonga nuestra ignorancia acerca de hacia dónde estamos caminando. En este caso en particular, en más de una oportunidad se ha señalado que hay una vinculación muy importante entre la reforma del sistema de salud y el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Entonces, quisiéramos saber cuál es ese alcance, cuál es esa vinculación y qué riesgo existe de que, como consecuencia de la reforma nos veamos enfrentados a una doble tributación. Aparentemente, por las explicaciones que se han dado hasta el momento, en materia de salud no se pagará por un servicio, sino por la participación dentro de un sistema, más allá de que, en forma individual, se pueda abonar por determinados servicios adicionales. Si vamos a hacer que nuestros compatriotas, quienes habitan en este territorio, tributen el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas en función de los parámetros y elementos objetivos con que cuenta todo sistema de tributación, nos da la impresión de que puede llegar a darse una superposición cuando se pretenda introducir el Sistema Nacional de Salud.

He recogido explicaciones vinculadas al Sistema, primero en la propia reunión a la que hizo referencia el señor Ministro Interino -en la que tuve oportunidad de participar- y luego por alguna información de carácter complementario, pero también a través de las declaraciones del señor Olesker, que ha sido quien ha tenido mayor protagonismo en los medios de prensa, por lo menos en el tratamiento de este tema, que hemos seguido con mucha atención porque nos interesa, ya que pretendemos acompañar la reforma y queremos estar atentos a las dificultades que se puedan generar. En tal sentido, hemos encontrado algo que, de ser como se plantea, puede llegar a convertirse en la partida de defunción del sistema. Me refiero a que el cobro de todo lo que tiene que ver con el Sistema Nacional de Salud lo haría el Estado. En una muy interesante entrevista -a la que ya aludió el señor Senador Heber- que se hizo al señor Olesker en el programa "En perspectiva", de Radio "El Espectador", señala que la que recibiría el dinero del Fondo y sería la responsable de la salud de Daniel Olesker, de Emiliano Cotelo y de Juan González, sería una sola institución. ¿Qué recibirían estas instituciones del Fondo? Porque ya no recibirían más dinero de las personas. Este es el otro cambio sustantivo. Las personas, en lugar de pagar a la institución con la cual aseguran su salud, le pagarían al Fondo y éste a las instituciones.

Obviamente, ese Fondo lo administrará el Estado, por lo que va a concentrar todos los recursos vinculados al área de la salud, sea pública o privada. Entonces, habrá instituciones de asistencia médica -con distintas fórmulas jurídicas- que prestarán servicios de atención primaria y servicios complementarios, atendiendo a un conjunto de clientes o usuarios, pero que no van a recibir de parte de estos un pago de carácter mensual o anual, sino que lo va a recibir el Estado -esa es la interpretación que hacemos a la luz de las declaraciones formuladas- quien luego pagará a las instituciones particulares. Creo que eso entraña un peligro muy grande. Todos sabemos lo que ha pasado en la historia del país, sobre todo en situaciones de dificultad, con los recursos que administra el Estado.

Además, me da la impresión de que esto generará una suerte de incertidumbre y de riesgo para las empresas privadas que se dedican a esta tarea, lo que probablemente las haga alejarse del mercado, porque estarán sujetas al pago que el Estado les realice cada mes, de lo que les corresponda. Y si algún mes el Estado se atrasa o deja de pagar, ¿cómo repercute esto sobre las empresas? Porque imagino que esas empresas continuarán siendo responsables del pago de los salarios, así como de los gastos de funcionamiento y de inversión que toda institución vinculada a la salud necesariamente conlleva.

¿La idea que se maneja es la de que el Estado sea el único que tenga la potestad de recibir el pago de los usuarios o afiliados al sistema? ¿No existe la posibilidad de que el usuario le pague a la institución privada? ¿El ciudadano o el que habita en nuestro territorio le tiene que pagar siempre al Estado y no al privado, salvo que sea por un plus o un servicio asistencial de carácter diferencial? Me da la impresión de que nos introducimos en algo que puede generar enormes dificultades. Si un particular quiere recibir un servicio de salud especial, ¿puede acceder a él? ¿Puede pagarle a una empresa en particular para recibir la asistencia correspondiente? Y si puede, ¿lo hace por el plus? ¿Puede hacerlo por una asistencia global, por una atención primaria? Aparentemente, sí puede hacerlo, pero además debe pagar al Fondo, por lo cual vuelvo a las siguientes preguntas: ¿cuál es la vinculación de esto con el Impuesto a la Renta de la Persona Física? Y ¿de qué manera se va a evitar una doble tributación?

Más allá de la forma como se instrumente el servicio, más allá de los propósitos evidentemente loables que lo inspiran, porque el país necesita un Sistema Nacional de Salud y porque tenemos que tener un mínimo de asistencia primaria e, inclusive, de premios -como lo ha dicho el señor Olesker- me parece que limitar de esa manera la libertad de elección del usuario, del consumidor, del paciente -o como se lo quiera denominar- y darle al Estado la responsabilidad de manejar esto en forma exclusiva, aunque sea con la participación de veedores, controladores o fiscales por parte de las instituciones privadas, es un riesgo demasiado grande. Se trata de una experiencia indudablemente novedosa, que mucho nos tememos pueda ahuyentar a posibles prestadores de los servicios. A su vez, creo que se van a generar un conjunto de dificultades adicionales, que seguramente no es lo que se busca.

Es evidente que cuando se pretende implementar un Sistema Nacional de Salud se lo hace con el propósito de lograr los objetivos mínimos indispensables y fundamentales que, repito, son loables pero que, con una instrumentación de estas características, están en riesgo.

Realmente las preguntas que enumeré como tres y cuatro me preocupan.

El quinto planteo refiere a si el Ministerio de Salud Pública ya ha iniciado las conversaciones y las negociaciones con el Ministerio de Defensa Nacional en lo que refiere a las prestaciones de servicios que allí se realizan. Todos hemos visto en los sucesivos Presupuestos la forma en que el Instituto Militar y el Instituto Policial defienden sus hospitales, los recursos para ellos y la necesidad de tener sus propios servicios. Personalmente, considero que es un tema que debe modificarse, pero advierto que puede haber una resistencia importante.

También quiero saber si se ha consultado a la Universidad de la República, que tiene ni más ni menos que al Hospital de Clínicas, y a los Entes Autónomos que -como señaló el señor Senador Heber- poseen sus propios seguros y servicios asistenciales para sus funcionarios.

Estas son las preguntas que queremos realizar respecto al Sistema Nacional de Salud. Nos hemos reservado para otra instancia los artículos siguientes que están estrictamente dirigidos a lo que es el Presupuesto del Inciso 12.

SEÑOR MINISTRO INTERINO.- Voy a comenzar respondiendo la última pregunta, que refiere a cuál es el nivel de consulta, de articulación y de avance compartido con otros organismos del Estado con respecto a la reforma.

En primer lugar, en el Consejo Consultivo para el Cambio están participando la Universidad de la República y, en representación de los organismos del Estado, una delegación -que se eligió entre todos los organismos- integrada por un representante del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y un representante de los Entes Autónomos. Quiere decir que en el proceso de la discusión general hay participación de los distintos organismos y, obviamente, la gente que está a nivel del Estado -como expresó el economista Olesker- intercambia los avances que se realizan con respecto a la reforma.

En particular, me quiero detener en lo que considero una experiencia muy interesante y un signo de los tiempos que tenemos que ir consolidando. Me refiero a la reunión que por convocatoria de la señora Ministra de Defensa Nacional y del Subsecretario, mantuvimos con todos los Comandantes en Jefe de las tres Armas y Oficiales de máximo rango de las Fuerzas Armadas, no para informar sino para discutir la reforma. Esto fue planteado por el Coronel Formento, que es uno de los que participa en el Consejo Consultivo. En la reunión se habló de cuáles eran los ejes de la reforma y cuál era la inserción de Sanidad Militar en la misma. Luego se realizó un panel de preguntas y respuestas, que fue muy interesante para bajar a tierra lo que tiene que ver con Sanidad Militar y la reforma sanitaria.

Queremos decir que Sanidad Militar es un área donde, en general -siempre con sensaciones térmicas que son válidas, porque también construyen los cambios- no hay mucha discusión sobre cuál es el nivel de prestación que tienen. Personalmente siento que el hospital central tiene un nivel de eficacia y eficiencia interesante y, a pesar de que no han podido armar -más allá de que existen unidades ejecutoras en todo el país- una estructura de primer nivel, en términos generales funciona. Así, el Hospital Militar y todas sus dependencias -inclusive cuentan con un laboratorio que elabora productos farmacéuticos- tienen un nivel muy interesante de funcionamiento y cuentan con una dotación de recursos desde hace varias décadas.

En la mencionada reunión se estuvo conversando acerca de cuál es el aporte que realizan los integrantes de las Armas al sistema de Sanidad Militar.

Se estuvo discutiendo y se advirtió que si un sector tiene una cápita de $ 250 por mes, en la medida en que todo el sector, compuesto por 180.000 usuarios, se integre al sistema, tendremos la capacidad de ver a Sanidad Militar como un "efector" que va a mejorar y que tendrá una mayor capacidad para dotar a esta herramienta del Estado de los elementos necesarios para que se transforme en un prestador público estatal de mucho valor. Se trata de tomar las capacidades que ya tiene Sanidad Militar -creo que este es un buen ejemplo- y potenciarlas con otros recursos que no sean los de Rentas Generales o los del Ministerio de Defensa Nacional. Habrá que comenzar a colocar los recursos de salud, no en una lógica de incisos que van fragmentando el tema, sino en una de prestadores que tendrán una dependencia jurídico-administrativa del Ministerio de Defensa Nacional, pero que podrán actuar como prestadores, incluso prestando servicios -este es un tema a discutir y evaluar- fuera de su propia población objetivo, es decir, los militares y su familia, hasta los 18 años en el caso de los hijos.

Ante la pregunta número cuatro o cinco del señor Senador, me parece que este ejemplo vale como forma de decir que se está llevando a cabo un proceso similar, al incorporar a la discusión tanto al Ministerio de Defensa Nacional -sus actores directos- como a la Universidad de la República, los Directorios de los Entes y sus sindicatos, ya que estos últimos son actores fundamentales en este proceso de avance hacia la conformación del sistema.

A continuación voy a invertir el orden en que estoy contestando las preguntas porque me parece que tiene cierta lógica para entender lo relativo a las etapas y a la vinculación con la reforma tributaria, aspecto al que se referirá el economista Olesker dada la precisión y el mejor manejo técnico que puede tener con respecto al tema, aunque se trate de un aspecto muy consolidado en el Ministerio de Salud Pública.

Yo daría vuelta la gran objeción que planteó el señor Senador cuando decía que podía ser un factor crítico en la propia viabilidad de la reforma, para poder explicar la perspectiva que tenemos nosotros. El fondo público obligatorio, concentrado por un organismo, no por el Estado de cualquier manera -y a eso me voy a referir más adelante- es una garantía de funcionamiento global sistémico del Sistema. Si no hay un control en ese plano, aparecen objeciones que pueden ser atendibles. Una de ellas es la que plantea que si el Estado no se puede administrar bien, ¿cómo va a administrar un fondo? Ante esto hay que ser práctico y recordar que el Estado ya administra un fondo en la salud; estoy hablando de DISSE, que es el único sistema que cuando lamentablemente se rompió, a lo largo y ancho del país, la cadena de pagos, siguió pagando religiosamente a las instituciones prestadoras. Esto lo hizo, no sólo porque hubo una voluntad política para que así fuera, sino porque no hay dos maneras de ver el problema, puesto que ese fondo público obligatorio tiene la obligación -valga la redundancia- de reembolsar, con los criterios que se ha explicado, los recursos que le llegan. Quiere decir que el fondo es un articulador de recursos que no le son propios y tiene reglas de juego claramente establecidas; lo mismo tendrá que suceder en la ley de creación del seguro de salud, para dar todas las garantías.

Voy a poner un ejemplo más; en lo personal estamos presidiendo en estos momentos una herramienta creada en 1980 -el 1º de diciembre cumple 25 años- que es el Fondo Nacional de Recursos, que administra cerca de U$S 100:000.000 en salud, para cubrir la medicina altamente especializada. Más allá de las dificultades que pueda tener el Fondo Nacional de Recursos y las que haya tenido en su historia en cuanto a cómo administrar esos recursos, no cabe ninguna duda de que en los últimos años -no sólo con

nuestra administración, sino también con la anterior- cuando este Fondo quiso tener auditorías contables, administrativas y sanitarias de la calidad de atención, el hecho de concentrar los recursos le dio la capacidad de monitoreo, de seguimiento y de rectoría que es fundamental.

En cuanto a la transparencia y a los mecanismos de garantía que tienen la sociedad y los actores del sistema, es otro tema al que no quisiera referirme hoy porque está en discusión.

SEÑOR ALFIE.- Las comparaciones que hace el señor Ministro son infelices, y explico por qué.

DISSE es un Fondo igual que los IMAE o el Fondo Nacional de Recursos, en realidad, porque recauda dinero de un lado, hace de agente de retención y lo pasa. Básicamente, lo que recauda es lo mismo que transfiere.

El señor Ministro habla de un Fondo general para el que se recauda por un impuesto. En ese caso, se depende de los impuestos que se cobran. Si la recaudación cae, no se tiene plata para pagar directamente y ahí se generaría un problema que no se tenía en DISSE ni en el Fondo Nacional de Recursos.

Son cosas totalmente distintas.

SEÑOR MINISTRO INTERINO.- El asunto no es como lo plantea el señor Senador; quizás ahí el orden de las respuestas no ayudó a despejar claramente este tema. Aquí hay una cuestión que no hace desaparecer el financiamiento y el aporte que pueden tener. No hemos dicho que los empresarios no van a seguir aportando al Seguro Nacional Integrado de Salud, sino que hemos manifestado con claridad que van a hacerlo por sus trabajadores. Por lo tanto, la base de DISSE va a seguir existiendo. Respecto a cómo se reliquida el aporte de trabajadores en su condición de tales y del empresario del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas para el aporte más general, es un tema diferente. Sin embargo, no hemos dicho que la esencia de una identificación de la cobertura en función de lo que se asegura -el trabajador sigue estando asegurado por su aporte porcentual de su salario y el correspondiente al del empresario- vaya a desaparecer. Nosotros no generamos un Fondo público obligatorio en el vacío, sino en base a la reubicación de los recursos. Ese es un aspecto que, evidentemente, clarifica un poco el tema.

Si la Presidencia me permite, cedo el uso de la palabra al economista Olesker para que hable sobre las etapas y la vinculación de este sistema con la reforma tributaria a fin de que, quizás, quede más claro lo que venimos expresando.

SEÑOR OLESKER.- Voy a hacer referencia a las dos primeras preguntas sobre los tiempos y la vinculación con el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, pero antes voy a realizar una aclaración.

En realidad, cuando se suma la plata que hoy, por vías diferentes, maneja el Estado en Salud, vemos que el monto asciende a U$S 600:000.000: U$S 300:000.000 es el gasto público, casi U$S 100:000.000 el Fondo Nacional de Recursos y U$S 200:000.000 el sistema de DISSE. O sea que, en realidad, el salto es importante, pues pasamos al 100%, pero téngase en cuenta que ya hay una parte importante. Por ejemplo, en el interior del país hay mutualistas cuyo ingreso -si se suma lo correspondiente a las Intendencias Municipales, al sector Policial y a DISSE- derivado del Estado asciende al 80%. En principio, no he escuchado quejas en esos lugares sobre morosidad, malpago o retrasos, salvo casos excepcionales de algunas Intendencias Municipales muy conocidas y notorias. En general, el sistema FEMI -que tiene un altísimo porcentaje de su financiamiento en el gasto público directamente o en el privado, canalizado por el sistema público DISSE- es más bien garantía de esto, y no lo contrario.

Quería agregar este dato porque, si no, uno desmitifica; ahora el Estado va a manejar tantos millones de dólares, pero en realidad hoy ya opera más de la mitad de ellos.

SEÑOR GALLINAL.- Deseo aclarar que no dije que el Estado fuera un mal administrador. Sí señalé que concentrando en él la administración de la universalidad de los recursos vinculados al área de la salud pública y privada, estaremos generando un instrumento muy peligroso, diría un monstruo, que se nos puede volver en contra de un objetivo tan loable como el que se persigue con la creación de este Sistema que, sin dudas, es muy necesario.

Por ese motivo hacía esa pregunta para complementar esa idea que, creo, ha quedado claramente de manifiesto en el sentido de que, efectivamente, se va a la creación de ese fondo universal. Es correcto que existen fondos parciales que hoy son administrados -en muchos casos bien- por el Estado.

Pero una cosa es administrar Fondos parciales que, efectivamente, son Fondos y otra cosa es esto, que es mucho más que un Fondo; es una forma de coartar la libertad de acción en materia de elección de parte del futuro usuario pero también del normal funcionamiento del sistema de las instituciones privadas en estas áreas. Quiero saber si efectivamente es así, que solamente se le va a pagar al Estado. Creo que la respuesta es que sí. Entonces, ¿qué pasa cuando no pagan -cosa que, hoy día, sucede habitualmente- cuando un conjunto importante de usuarios, de clientes o de pacientes, son morosos por distintas circunstancias? ¿El Estado igual se hace responsable de pagar a cada institución a fin de mes la cuota parte que le corresponde? ¿De dónde van a salir esos recursos? Me imagino que será así porque, de lo contrario, ¿quién va a venir aquí a administrar o a brindar servicios de salud en el área privada si va a estar sujeto a la acción del Estado; si va a estar dependiendo de que cada fin de mes el Estado le pague para que, entonces, después, la empresa pueda pagar sus sueldos, contribuciones, impuestos y financiar sus inversiones? Entonces, la pregunta complementaria es si cuando hay morosidad de parte de los usuarios en el pago al Fondo que aquí se está estableciendo, es el Estado el que se hace cargo de esa morosidad frente al que debería percibir esos recursos.

SEÑOR OLESKER.- Voy a responder las primeras preguntas y, después, esta última.

Con respecto a los tiempos de la reforma, el doctor Baltazar Aguilar, expuso -también está en el artículo 246 que agregó la Cámara de Representantes porque, en realidad, no estaba en la versión original del Poder Ejecutivo- lo de la referencia de que, luego, va a ser ley. Fundamentalmente, estamos pensando en dos grandes marcos normativos aunque, seguramente, pueden haber muchos más marcos, pero particulares. Ellos son la Ley del Seguro Nacional de Salud -a la que aspiramos que se envíe entre abril y mayo de 2006, es decir, que se discuta en este Parlamento en el primer semestre de ese año y, obviamente, su aprobación ya no dependería de nosotros- y la Ley de descentralización de ASSE que, de alguna manera, crea las condiciones para la conformación de lo que, en términos genéricos, dimos en llamar la mutualista pública. Estos son los dos plazos normativos y legales y, para este segundo, estamos trabajando para uno que no vaya más allá de fines del año 2006, entre los meses de octubre y diciembre. La Ley

del Seguro Nacional de Salud debe tener cuatro componentes y, justamente, entre los meses de abril y mayo llegarán los contenidos de los componentes. Si bien nuestra intención no es explicar esto aquí, voy a citar los títulos que debe tener una ley de seguros: conformación del Fondo Público Obligatorio; conformación de la Superintendencia de Salud -que tiene la tarea de conducir el Fondo-; los mecanismos de aportación a ese Fondo, tanto públicos como privados, y los mecanismos de reembolso de ese Fondo que, en términos genéricos, hemos definido como cápitas ajustadas por riesgo con plus por metas prestacionales. Estos cuatro títulos que están en el artículo 246 -que, prácticamente, son los cuatro párrafos de esta norma- tendrán que desarrollarse en términos puntuales en la Ley del Seguro Nacional que tenemos previsto enviar entre los meses de abril y mayo. Si la Ley del Seguro fuera aprobada a partir de los primeros días del segundo semestre, estaríamos en condiciones de ir conformando ese Fondo al que también le hemos fijado básicamente tres etapas: unificación de gastos públicos, unificación de gastos públicos y la seguridad social y unificación de gastos públicos, seguridad social y gastos privados.

Con respecto a la segunda pregunta, que tiene que ver con la vinculación al sistema de la reforma tributaria, en nuestro diseño objetivo -obviamente, también el vínculo va a tener etapas, pero no es a eso que me voy a referir, sino a la meta final- la aportación a salud va a ser un componente, una alícuota, un renglón -por decirlo de alguna manera- del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas; por lo tanto, va a formar parte del cálculo. Para tomar un ejemplo puntual, cuando un ciudadano israelí hace su liquidación del Impuesto a la Renta, un 4.8% se destina específicamente al Fondo público obligatorio, que allá se llama Fondo Nacional de Salud, que es el que recibe ese 4.8% y conforma administrativamente el Fondo al que también dirige una Superintendencia de Salud.

SEÑOR GALLINAL.- Quiero reiterar la última pregunta que planteé en la exposición inicial, pero que la hice recién por la vía de una interrupción. Me refería a si en la administración de ese Fondo, la morosidad queda a cargo del Estado. En consecuencia, las empresas privadas y públicas en el día de mañana tendrán que recibir el pago mensual correspondiente de parte del Estado y va a ser el Estado el que se tendrá que hacer cargo de la morosidad y de efectuar los cobros correspondientes. Me da la impresión de que ese es el sistema hacia el que se está caminando. De repente se está pensando -me gustaría saber si así es- en establecer alguna suerte de retención en los salarios públicos y privados con algún privilegio como los que ya existen, como en el caso de la Caja Nacional. De lo contrario, estaríamos generando un Fondo que se transformará en un megafondo con todos los riesgos que eso significa, además de las objeciones de carácter constitucional que nos podrá merecer cuando venga su definición a través de un articulado.

SEÑOR OLESKER.- Esa es una pregunta que tiene mucho que ver con el diseño de la reforma tributaria. Hay una buena parte de los ingresos que son retenciones de ingresos, como en cualquier sistema tributario. Pero preferiría responder esta pregunta cuando tengamos un diseño concreto y vengamos a discutir la Ley de Seguro de Salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero aclarar que el señor Ministro Interino ha tenido que retirarse porque le han anunciado el fallecimiento de un familiar directo.

SEÑOR ALFIE.- No voy a reiterar preguntas sobre el Sistema Nacional de Salud porque hay que esperar que venga el proyecto, sin perjuicio de que, desde nuestra óptica, los artículos 245 y 246 siguen siendo inconstitucionales por una razón muy sencilla. El artículo 1º de la Ley Nº 15.181 dice que "El Estado establecerá una cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República, como esencial componente de la seguridad social, a través de los organismos públicos y privados" y que "El Ministerio de Salud Pública deberá asegurar".

Cuando vamos al literal V) de las Disposiciones Transitorias -modificación que se hizo en el año 1994- vemos que dice que "Sin perjuicio de lo establecido en los artículos 216 y 256 y siguientes de la Constitución de la República, declárase la inconstitucionalidad de toda modificación de seguridad social, seguros sociales, o previsión social que se contenga en leyes de presupuestales". Aquí estamos introduciendo una modificación -claramente no sustancial, sino enunciativa y declarativa-; por lo tanto, de acuerdo con la definición legal que existe, hasta tanto ésta no se cambie y no se diga que esto no integra un seguro social ni la seguridad social -lo que parece imposible- por una deducción lógica estaríamos en una situación tal que esto no se podría incluir en una Ley de Presupuesto.

Repito que no voy a abundar en esto porque ya lo han hecho los señores Senadores preopinantes; además, me parece que este será un tema de mucha discusión cuando venga la iniciativa relativa a este seguro que se quiere crear. En ese momento tendremos oportunidad de discutir y poner las cosas sobre la mesa viendo bien qué es, en definitiva, lo que se está tratando de hacer y si es que realmente se quiere estatizar todo o no.

Con respecto al articulado, señor Presidente, creo que en los artículos 245 y 246 tenemos una contradicción ínsita en el Presupuesto con respecto a otras disposiciones del mismo.

Si se está creando un Sistema Nacional de Salud y, además, se está estableciendo cómo se va a pagar, qué impuesto lo va a financiar y se habla de cápitas y se dice que el aporte de las empresas públicas y privadas será proporcional a la nómina de sus trabajadores -no sé si se está haciendo referencia a la cantidad de trabajadores, es decir que, según parece, las empresas pagarían por trabajador; no entiendo bien esto- ¿a santo de qué les vamos a pagar las cuotas mutuales a otros funcionarios públicos? Pregunto esto porque, en realidad, todo esto va a desaparecer. Entonces, repito, para qué ponemos artículos sobre el pago de cuotas mutuales si este sistema va a desaparecer, según está declarado. Aquí hay una contradicción interna dentro del Presupuesto que no sé cómo se resuelve.

Más allá de eso, me causa preocupación, al igual que ayer con la comparecencia del Ministerio de Defensa Nacional, la inclusión de algunos artículos en los cuales se vuelve al concepto del Estado empresario, es decir, a algo que sabemos que ya fracasó aquí y en todos lados del mundo, incluso en los regímenes más centralizados y rígidos. Esto se muestra en el inciso final del artículo 249, que dice: "Deberán destinarse recursos para la formulación de proyectos de inversión con la correspondiente evaluación económica en las áreas de investigación, producción y sustitución de servicios". Parecería ser que ahora el Ministerio de Salud Pública va a producir medicamentos, para lo que se instalará un laboratorio de producción en este Ministerio.

En consecuencia, más allá de que la norma es absolutamente declarativa, estas cosas me preocupan, al igual que el artículo 258, que autoriza al Ministerio a comercializar bienes y materiales documentales de carácter legal, académico, sanitario, etcétera; el artículo 261, que elimina -es una derogación- la facultad para celebrar convenios con instituciones privadas de asistencia u

organizaciones que demuestren probada capacidad de gestión en el ámbito de la salud para las gestiones de establecimientos y el artículo 263, que autoriza la venta de libros y otras publicaciones.

Todas estas cosas que son laterales, que no hacen a la cuestión central -que es la regulación y el ordenamiento de la salud y en el caso particular de ASSE, ahí sí, la prestación directa de los servicios de salud- distraen recursos y cometidos. Además, como generan ingresos, en general terminan, en gran parte, sustituyendo a los cometidos sustanciales a los que el Gobierno Central tiene que dedicarse. Recalco que estamos hablando del Gobierno Central.

Además -y esto lo digo sobre todo en relación al primer artículo que mencioné, es decir, el 249- esto requiere inversiones y no se las ha previsto, con este fin, en todo el Presupuesto, salvo que las inversiones que aparecen como fuente de endeudamiento externo -que es, diríamos, lo que aumenta la inversión frente a lo que había- y lo que aparece por endeudamiento interno para el programa "Administración de subsidios para la atención médica" se dediquen a esto.

Esto me preocuparía mucho más porque, de aprobarse, vamos a endeudarnos externamente para instalar un laboratorio público; no sé, no creo que ningún organismo internacional lo financie, pero quizás sí.

Hay otra particularidad y me gustaría saber qué se pretende con esto. El ejemplo que se me ocurrió puede sonar hasta gracioso, pero el artículo 276 autoriza a celebrar contratos de arrendamiento o concesión respecto de los inmuebles y o locales propiedad del Ministerio, ubicados en predios hospitalarios o destinados al uso de los mismos, siempre que la actividad o giro comercial a desarrollarse por parte de los arrendatarios no perjudique ni entorpezca el normal funcionamiento. Me pregunto si se va a poner un restaurante de alguna cadena rápida en el patio del Pereira Rossell; en ese caso, irán los médicos a pedir que las cosas salgan con fritas. Sinceramente, no llego a entender este artículo.

El Presupuesto contiene una creación importante de cargos, si no sumé mal son 390 en total. Por el artículo 264 se quitan cargos que son de alta prioridad, que se eligen en base a criterios técnicos y se crean 19 de confianza. O sea, por el artículo 264 se sacan 18 técnicos y se incluyen 19 de cargos de confianza. Me parece que no es a esto a donde apuntaba el país; no hablamos de un Gobierno, sino del país.

Por su parte, el artículo 284, si no contamos mal, crea 277 de los 390 cargos y establece el monto de la retribución. Cuando hacemos la cuenta nos da un sueldo nominal de $ 5.500 por mes. Esto se pretende en medio de las dificultades que tiene Salud Pública para remunerar. Dificultades que, por otra parte, el economista Olesker recordará no existían el año pasado y por eso se podía pagar mucho más que ahora; recordará además que venía día tras día a explicarme por qué se podía pagar $ 2.000 y $ 2.500 a todo el mundo, pero ahora él no puede dar $ 100 de aumento. Pues bien, se habla de $ 5.500, cuando se está reclamando mucho más. La verdad, que en términos líquidos da un sueldo de menos de $ 4.500. Parecería, entonces, que sería mejor dedicar estos recursos no para crear cargos, sino para complementar lo que hoy ya existe. Si es que están los recursos, sería bueno que así fuera.

Por último, quisiera saber a qué obedecen las modificaciones planteadas en el artículo 285 por el cual el Ministerio de Salud Pública ahora participa en la fijación de precios de las técnicas de los Institutos de Medicina Altamente Especializada. Por cierto, más de su carácter asesor, no me parece adecuado que el Ministerio participe en la administración de los precios. Además, es un cambio que tiene al Poder Ejecutivo como alzada.

También quiero referirme a los cambios propuestos en los artículos 286 y 287, donde se agrega un miembro a la Comisión Técnica Médica, el que además define en caso de empate.

La verdad es que no llego a entender el por qué de los cambios, pero seguramente tengan su explicación y nos lo podrán aclarar.

SEÑOR OLESKER.- Voy a responder en relación a dos o tres aspectos generales. Luego, para contestar la pregunta relativa a DIGESA y a los contratos de Directores Departamentales, cederé la palabra al doctor Basso y, para referirse al control de medicamentos, al doctor Blankleider.

Los artículos de comercialización -como el propio señor Senador Alfie lo dijo- no son significativos en el presupuesto. Simplemente, se trata de una norma que habilita a que el Ministerio tenga la facultad de vender cosas que hoy hace -como son los libros de divulgación- y que actualmente no tiene la posibilidad de comercializar. Obviamente, no se va a dedicar a eso y no se pretende poner una librería para solventar su presupuesto. Lo mismo ocurre con los contratos de arrendamientos. La idea es que hay ciertos lugares donde puede ser posible arrendar para que se presten ciertos servicios que, naturalmente, estén ligados al servicio general que se brinda -no se va a instalar allí un sector de comidas rápidas- y hay que habilitar que ello se pueda hacer. Son cosas muy menores pero que ayudan a ordenar un poco lo que ya se tenía en materia de comercialización, básicamente -se establece en los artículos 258 y 263- ,de libros, investigaciones y otras cosas.

Respecto de los cargos, creemos que el Ministerio de Salud Pública efectivamente tiene que priorizar el incremento a las remuneraciones frente a la creación de cargos y, de hecho, ello está claramente verificado en nuestra propuesta de transferencia de los fondos de la Comisión de Apoyo. Como hemos señalado -y esto ha sido públicamente muy discutido- su objetivo es redistribuir recursos para la mejora de los niveles salariales más bajos. Por eso tan sólo creamos 300 cargos concentrados, fundamentalmente, en auxiliares y licenciados en enfermería para ASSE, al salario que hoy tienen los funcionarios, cuyo valor viene deteriorándose desde los períodos anteriores.

Respecto al Fondo Nacional de Recursos y a la segunda de las interrogantes de por qué se incorpora un miembro más, ello podría contestarlo el doctor Fernández Galeano, quien se tuvo que retirar. Por mi parte, sí voy a contestar lo relativo al artículo 285, es decir, por qué el Ministerio de Salud Pública se incorpora, junto al Ministerio de Economía y Finanzas en la determinación de los precios. Eso no sólo lo hemos hecho con el Fondo Nacional de Recursos. Además hay que destacar que, en lo que refiere al marco normativo, la norma 15.181 -que no es una ley, sino un decreto-ley, porque se aprobó en el año 1981, durante la dictadura- ya preveía que, en la determinación de los precios de las cuotas mutuales, Salud Pública y Economía y Finanzas participaran conjuntamente. Hasta la llegada del doctor Conrado Bonilla al Ministerio, Salud Pública no participaba en la determinación de los precios pero, en la última etapa del gobierno anterior, a instancias del Ministro mencionado y del Subsecretario, ello se hizo. Nosotros convalidamos eso y, en el ajuste de la cuota mutual del mes de julio -esto lo saben las empresas porque las convocamos-

toda la discusión del contenido del ajuste de la cuota mutual se hizo conjuntamente entre los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas y, físicamente, en nuestra sede. Con ese mismo criterio, en este caso se requería norma legal, porque la ley de creación del Fondo no lo permitía. En cuanto a la definición de aranceles, tal como señalé anteriormente, las cuotas del fondo eran el vivo ejemplo de las cuotas que hacían los prestadores, que mandaban sus costos y, con ellos, convalidaban los aranceles. Como los aranceles hay que hacerlos, hoy hay un estudio -que está todavía en manos del Poder Ejecutivo entre los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas- que tiene una visión muy crítica del proceso de construcción de los aranceles y que hace una propuesta alternativa que, seguramente, conocerán los Institutos de Medicina Altamente Especializada el próximo año. Por eso es que es fundamental la incorporación de Salud Pública en el diseño de este arancel.

Restan las dos preguntas sobre los Directores Departamentales y sobre DIGESA, para lo que cedo la palabra al Director Jorge Basso y luego, para referirse al artículo 249, al Director Natalio Blankleider que es el Director de Crónicos y Especializados que es una de las tres subdirecciones que tiene ASSE.

SEÑOR BASSO.- La modalidad de la creación de los Directores Departamentales en el Ministerio de Salud Pública no es un tema nuevo; existió siempre hasta el año 2000. Después, por determinadas razones, se pasó a una modalidad de tipo regional. Justamente, los señores Senadores podrán apreciar que en el artículo correspondiente de esta iniciativa se hace referencia a la sustitución de los cargos de Directores y Coordinadores Regionales por el de Directores Departamentales. Estos son cargos de confianza, en el sentido de que, obviamente, son los que van a instrumentar en cada uno de los departamentos la propuesta del Sistema Nacional Integrado de Salud. A su vez, se les ha dado competencia en un tema sustantivo para la Dirección General, como es el que tiene que ver con su rol de rectoría y su rol vinculado a la vigilancia epidemiológica, que constituye un aspecto sustantivo y fundamental de coordinación intersectorial de todo el Estado. La figura de los Directores Departamentales de Salud, repito, ya existía en el Ministerio. Es más; cuando ingresamos a esta Secretaría de Estado tomamos contacto con los Directores Regionales de entonces -que son los que se pretenden sustituir en el articulado- quienes nos comentaron que entendían, en función de la experiencia adquirida en esos años, que era muy difícil trabajar de cara a las problemáticas de cada uno de los departamentos con responsabilidades regionales. El hecho de que ellos debieran estar al frente en más de un departamento, llevó a que se generaran -y tal vez los señores legisladores tengan opinión al respecto- ciertas dificultades en aquellos departamentos en los que no habitaba el Director Regional.

Estos Directores Regionales fueron seleccionados en base a sus conocimientos; debían tener idoneidad técnica y estar consustanciados con la propuesta de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Vuelvo a decir que lo que se pretende sustituir en este momento son aquellos cargos de confianza orientados a un ámbito y coordinación regionales, por otros que tienen un funcionamiento a nivel departamental y que, en estos meses que llevamos al frente del Ministerio, han demostrado total idoneidad y competencia en el cumplimiento de la tarea.

SEÑOR BLANKLEIDER.- Simplemente, quiero dar respuesta a una interrogante planteada por el señor Senador Alfie.

Como el señor Senador seguramente debe saber -dado que ha ocupado cargos de alta jerarquía en el Poder Ejecutivo- el Ministerio de Salud Pública cuenta con el Laboratorio Dorrego, que se dedica a la producción de una larga serie de fármacos, y que tiene muchos años de existencia. Aquí tenemos dos instancias posibles: la clausura del Laboratorio -que implica la consiguiente pérdida de fuentes de trabajo y, eventualmente, una posición de conflicto en la interna gremial- o su mantenimiento dentro del ámbito de la actividad productiva. Lo que no se puede hacer es producir sin retorno suficiente como para poder mantener la operativa de una empresa, aunque ella sea pública.

SEÑOR ALFIE.- Comprendo que el doctor Blankleider sea nuevo en esto, pero él sabe que el Laboratorio Dorrego produce la nada absoluta y si acá hay una norma es para otra cosa; no se precisa norma alguna para continuar produciendo la nada que produce.

SEÑOR BLANKLEIDER.- En realidad, el Laboratorio Dorrego no produce una nada; producía una nada en función de los recursos que el Gobierno anterior -o, eventualmente, los anteriores- ofreció presupuestalmente al Ministerio de Salud Pública. El Laboratorio Dorrego tiene maquinaria y personal como para producir el triple de lo que producía en períodos anteriores. En esta tarea estamos. Tenemos un Laboratorio que fija precios de mercado que hace que, por la simple competencia, se apliquen mejor los recursos del Estado, máxime teniendo en cuenta que las empresas que licitan en UCAMAE, lo hacen a precios competitivos con los del Dorrego. Esto es una cuestión de economía; es tan simple como eso.

SEÑOR DA ROSA.- No quisiera volver al tema del Sistema Nacional Integrado de Salud, pero sí centrar mi exposición en la mayor preocupación que podemos tener sobre este punto. Estoy de acuerdo íntegramente con lo que expresó el señor Senador Heber, en el sentido de que consideramos y evaluamos positivamente que se esté pensando en cambios en este aspecto y en reformar un sistema que tiene enormes carencias; también estamos de acuerdo con que es imprescindible que nos pongamos a pensar en alternativas y caminos que permitan mejorarlo. No creo en los cambios drásticos; los cambios profundos, a mi entender, son los que se van gestando a través de procesos. Insisto en el hecho de que no se producen cambios de la noche a la mañana que hagan que un sistema que estaba mal, mágicamente comience a funcionar bien. Pero, de cualquier manera, creo que es importante que exista la intención y el propósito de impulsar cambios y transformaciones que busquen mejorarlo.

También compartimos las definiciones que se establecen en el artículo 245 del proyecto de ley de Presupuesto, en cuanto a que, a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, se trate de cumplir con el objetivo de lograr la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, buscando una cobertura equitativa y universal. También me parece que es muy importante lo que se establece en el inciso segundo de ese artículo en cuanto a que se impulse la complementación entre los sistemas público y privados, así como también que se propenda, fundamentalmente, a fortalecer los niveles de atención primaria de salud. A mi juicio, esto es fundamental.

En todos estos aspectos estamos de acuerdo y diría que lo relativo a la constitución del Sistema Nacional Integrado de Salud es donde comienzan a surgir las grandes dudas que tenemos. En lo que tiene que ver con los aportes, en líneas generales, también podemos decir que coincidimos. En concreto, me refiero al tema del aporte del Estado, de las empresas públicas y privadas y el de los hogares realizado en forma equitativa y acorde con los ingresos que tengan. Pero el gran tema es cómo se administra ese gran fondo, que se estima será de U$S 1.000:000.000 y que, sin duda alguna, constituye un eje absolutamente central en cuanto al funcionamiento del nuevo sistema.

Hubiéramos deseado que, sobre todo, los últimos incisos del artículo 246 no estuvieran en el proyecto de ley de Presupuesto y que por el contrario quedaran librados al proyecto de ley que el Poder Ejecutivo ha anunciado que va a remitir a este Parlamento, para que fuera posible analizar, estudiar y proyectar ese Sistema Nacional Integrado de Salud con los detalles y las formas de implementación que requiere.

Nos preocupa mucho la distribución, es decir, el reembolso a los prestadores públicos y privados. En el artículo se habla de cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención, y que la reglamentación en su momento fijará los valores de las cápitas integrales ajustadas por riesgo, los mecanismos de ajuste de los riesgos y las metas de prestación por niveles de atención. Insisto en que en este punto está el centro de nuestra preocupación en lo que tiene que ver con las preguntas que se han planteado y las respuestas que hemos recibido en la mañana de hoy; es ahí donde precisamente surgen un montón de dudas.

Una de las preocupaciones mayores que hemos escuchado en más de una oportunidad, hablando con gente que conoce y que está en los temas de administración de salud, es en qué medida, en el Uruguay, donde a diferencia de otros países del mundo existen experiencias avanzadas en materia de mutualismo y de cooperativas de profesionales a nivel privado -que no se dan o daban en otras partes- no podremos caer en el eventual riesgo o posibilidad de perder las eficiencias del sistema privado y no ganar en eficiencia en el sector público. En este aspecto no me duelen prendas, porque en la gestión anterior de Gobierno estuve muy jugado a apoyar al sistema público. Creo que en éste las mejoras no pasan solamente por un problema de distribución de recursos, sino de gestión; por lo que sucede en el 95% o 98% de los casos: la necesidad de tener puesta la camiseta. En la medida en que eso se da, existe la voluntad y el propósito de hacer las cosas que muchas veces se dejan de lado, sencillamente, porque no se tiene la camiseta ni se pone el cariño y el énfasis que se debe tener por las cosas, más allá de que sean públicas y no estén sujetas a un lucro o beneficio desde el punto de vista privado.

De cualquier manera, tengo que ser honesto y plantear esta duda. Creo que en ese aspecto, vinculado con nuestra evolución histórica, tenemos diferencias con otros países. Además, es bueno que cuando se den pasos, se lo haga de la manera más segura posible, aunque soy consciente de que nunca se alcanza la absoluta seguridad cuando se trata de hacer cambios y es bueno tener un cierto porcentaje de audacia y confianza. No obstante, reitero, hay que tener mucho cuidado porque las consecuencias pueden ser muy grandes, máxime cuando se trata de un tema tan trascendente e importante para la sociedad uruguaya, como es el relativo a la salud. En definitiva, este es el tema central que quería dejar planteado como preocupación.

Por otro lado, reitero, hay aspectos que debemos resolver hoy, particularmente en lo que tiene que ver con el artículo 246 -dejo de lado el 245- sobre los cuales tenemos que emitir un pronunciamiento en cuanto a una voluntad que, en realidad, dependerá de la implementación que se haga en el futuro a través del proyecto de ley que, oportunamente, el Poder Ejecutivo -tal como se ha anunciado y establece expresamente la norma- remitirá a consideración del Parlamento.

A continuación, quisiera hacer algunas preguntas sobre otros aspectos del proyecto, que me parecen importantes pero, antes, le concedo una interrupción al señor Senador Long.

SEÑOR LONG.- Mi preocupación va en la misma dirección de lo que venía señalando el señor Senador Da Rosa.

Estamos todos de acuerdo en el sentido de que es necesario introducir cambios en esta temática tan importante. La preocupación que he recogido de parte de la ciudadanía es la siguiente. En nuestro actual sistema de salud tenemos una parte que funciona aceptablemente o que, al menos, tiene algunas fortalezas en el interior del mutualismo y en las sociedades médicas. Entonces, buscando algo más equitativo, ¿no estaremos, simplemente, haciendo lo que muchas veces se expresa como igualar hacia abajo, en el lenguaje común de la gente? Esto nos inquieta porque tampoco vemos el tema muy claro numéricamente. En ese Fondo estaríamos sumando dos grandes fuentes -simplificando un poco las cosas-: la pública y la privada. El aporte privado de los ciudadanos, sabemos que apenas equilibra las finanzas de las organizaciones privadas. Por lo tanto, salvo que se incremente la presión tributaria sobre la gente o lo que deba pagar por ese servicio, no habrá grandes cambios.

Básicamente, vamos a mantener una situación de equilibrio dificultoso y a veces inestable. Pero, al final, tendremos un equilibrio a través de un sistema que funciona, para mucha gente, en forma razonable o aceptable.

Y del otro lado está el conjunto de los recursos públicos, que serán los mismos, salvo que queramos transferir del lado privado, cosa que ya vimos que es imposible porque allí tenemos un empate y no hay márgenes mayores para extraer recursos.

En definitiva, de lo que se trata es de administrar los recursos públicos de modo que gradualmente haya un nivel, por lo menos, de asistencia similar a la que hoy se da en el mutualismo, de modo de lograr una situación más equitativa.

¿Y cómo se logra administrar los recursos del Estado en forma más eficiente? Coincido con lo que dice el señor Senador Da Rosa en cuanto a que se necesita un componente de mística, de camiseta, porque está probado, hasta técnicamente, que es así. Pero también hay sistemas -concretamente, en todo lo que son sistemas de gestión de calidad- que se aplican en el ámbito privado y también se dan en el ámbito público como es el caso del Hospital de Tacuarembó, en la UTE o algunos otros ejemplos que podemos rescatar, pero que son pocos, lamentablemente, porque al Estado uruguayo le ha costado aceptar la aplicación de estos principios. En definitiva, no se trata más que de aplicar una metodología absolutamente probada. Entonces, con esa metodología más el componente de mística, el cambio se puede llegar a producir. Y de eso estamos hablando: de administrar los recursos públicos de tal modo que permitan ir elevando gradualmente la asistencia pública, por lo menos, a la misma que el sector privado. Este es, a mi juicio, un tema clave porque, de lo contrario, no veo cómo se opera o dónde está el efecto benéfico de este cambio. Y, por otro lado -por ello me sumaba al planteo del señor Senador Da Rosa- veo los riesgos existentes y mucha gente también los ve, en el sentido de que más de un millón de personas que están bajo este sistema, terminen retrocediendo y no logremos un avance con el otro método. Si no hay cambios en la gestión, esto no se logrará porque tampoco vemos que haya cambios en los recursos.

SEÑOR DA ROSA.- Tengo algunas otras preguntas para formular con respecto al proyecto y, en particular, sobre el artículo 248, ya que allí se establece que se exceptúa del régimen de dedicación exclusiva, establecido por el artículo 7º de la Ley Nº 16.320, el desempeño de funciones de alta prioridad en el Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, queremos conocer la razón de este cambio y por qué se suprime el carácter de dedicación exclusiva para este tipo de funciones consideradas o definidas de alta prioridad dentro de la Cartera.

Y, finalmente, quisiera hacer dos puntualizaciones sobre algunos aspectos que quiero destacar como positivos dentro del proyecto, para que no se diga que cuando uno pregunta es sólo para cuestionar. Por un lado, se habla de las facultades que se le dan a ASSE para buscar coordinar -es una palabra que muchas veces parecería borrada del diccionario del Estado, que no existiría dentro de sus funciones- con otras dependencias públicas el manejo de estructuras que están ociosas. Además, está la existencia de pequeñas republiquetas que hacen que se gaste, y se lo haga mal y en cantidades duplicadas o triplicadas respecto de las reales necesidades con que se puede atender determinados problemas.

A su vez, valoro especialmente la facultad que se le da a ASSE para establecer convenios con los Gobiernos Departamentales, con las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas, con la Universidad de la República y con otras organizaciones.

Creo que en este aspecto se puede mejorar considerablemente la eficiencia en el funcionamiento del sistema de salud y lograr niveles de coordinación que incluso vayan más allá y superen la famosa dicotomía planteada en el sentido de si los servicios de salud deben ser administrados a nivel nacional o municipal. Personalmente, creo que no se debe hacer ni una cosa ni la otra en puridad; la cuestión está en mejorar los niveles de coordinación y hacer que determinadas responsabilidades sean de los gobiernos departamentales y otras tareas sean exclusivas -fundamentalmente las que refieren a los aspectos técnicos y funcionales- del Ministerio de Salud Pública, quien debe impartir una conducción única de la salud.

Estas son las reflexiones que quería formular sobre el tema.

SEÑOR OLESKER.- En líneas generales, compartimos lo expresado por el señor Senador da Rosa y las preocupaciones que ha planteado, porque también nosotros consideramos que el mutualismo es un eje central del fortalecimiento de este proyecto. Nuestra preocupación radica en que las instituciones mutuales tengan su centro en la eficiencia asistencial y de gestión y no tanto en la administración de los recursos financieros. Cabe aclarar que la gestión no sólo refiere a recursos financieros. Alguien podría decir que si el dinero lo da el Estado no hay gestión privada en la institución mutual. ¡Claro que la hay! Primero hay gestión asistencial y clínica -lo que actualmente está muy de moda, ya que la gestión clínica es uno de los paradigmas de la eficiencia- pero también hay gestión de recursos humanos. El 70% del gasto de una institución mutual está referida a políticas de recursos humanos, algunas directas y otras que se contratan de manera indirecta. Allí es necesario un cambio en la gestión, porque un modelo que va a priorizar el primer nivel de atención necesita un gran esfuerzo de reconversión, y las instituciones mutuales -que, reitero, nos parecen clave en este proyecto y las valoramos muy positivamente- no tienen una rica experiencia en materia de gestión de recursos humanos. Además, debemos tener en cuenta que hay instituciones privadas que han hecho una muy buena administración de sus recursos y otras no tanto.

A veces se dice que determinadas instituciones invirtieron mucho, pero luego se observa que esa inversión no era "suya" -dicho esto entre comillas- por el alto nivel de endeudamiento que poseen. Entonces, también la gestión financiera de la deuda es un punto crucial y, a nuestro juicio, el Fondo ayuda mucho, sobre todo porque desde la centralización puede permitir una mayor eficiencia en algunos rubros, lo que va a incidir en el gasto global y va a permitir esa redistribución -de la que tanto hablamos hoy- para políticas de precio, de asignación de recursos y de complementación.

En nuestro diagnóstico todos tenemos la convicción de que hay una alta repetición de algunos servicios de salud, a veces por voluntad de contratarse a sí mismo y otras por desconocimiento o por irracionalidad en el gasto. Las políticas de los noventa estimularon extremadamente la importación de equipamiento para la salud, cosa que en sí misma es buena porque mejora la tecnología, pero se hizo sin una regulación pública que dijera hasta dónde sí y hasta dónde no y, por ejemplo, cuántos tomógrafos o resonadores debe haber por habitantes.

Antes de ceder el uso de la palabra al doctor Aguilar para referirse al artículo 248, queremos decir que tenemos claro que en las funciones de alta prioridad que tiene el Ministerio hay incompatibilidades que son independientes de la no exclusividad, que tienen que ver con normativas éticas y profesionales que siguen vigentes. Nosotros quisiéramos, por ejemplo, la exclusividad para nuestros directores hospitalarios y para algunos otros cargos, pero tenemos claro que no es posible dado los niveles de remuneración; por lo tanto, abrimos esta puerta, salvo -reitero- en los casos en que exista incompatibilidad.

SEÑOR AGUILAR.- Compartimos totalmente la inquietud planteada por el señor Senador Da Rosa. En primer lugar, el resultado en materia de atención y, aún más, en materia de salud a nivel del país en su conjunto, no depende solamente de la provisión de recursos, sino de la gestión que se haga a nivel de esos centros asistenciales. También es cierto -y pretendemos corregirlo progresivamente durante el quinquenio- que existe una gran iniquidad en la provisión de recursos presupuestales para las distintas unidades ejecutoras de ASSE en todo el país. Si analizamos el presupuesto ejecutado en el año 2004, tomando como objetos de gasto algunos rubros como los medicamentos, el material médico quirúrgico, los reactivos, la contratación de CTI y de otros servicios técnicos, nos vamos a encontrar con grandes diferencias que van desde un gasto per cápita anual de entre $ 144 y $ 450 para los centros de atención primaria, pasando por algo más de $ 200 para algunos centros auxiliares, hasta llegar a un gasto de $ 1.900 para algunos hospitales de mayor complejidad -aclaro que me estoy refiriendo solamente a los hospitales del interior- y resulta evidente que en algunos casos existe correlación entre el gasto y la calidad de la atención brindada, pero en otros casos no.

Digo esto para enfatizar el hecho de que no sólo tenemos un problema de recursos sino también de gestión, que trataremos de ir modificando a lo largo del quinquenio.

También es importante destacar que, de alguna manera, la creación del Seguro Nacional de Salud, la constitución de ese fondo público y el pago per cápita según riesgo y nivel de atención a las distintas unidades asistenciales, propenderá o contribuirá decisivamente a restablecer la equidad perdida dentro del propio subsector público de asistencia médica.

En cuanto a los artículos a que hacía referencia el señor Senador Da Rosa, debo decir que el 265 reitera que compete a ASSE no sólo la administración de los servicios y establecimientos de atención médica del Ministerio de Salud Pública, sino además la coordinación del funcionamiento de todos los servicios públicos que tienen algo que ver con la atención médica. Esto es de primordial importancia, porque allí se dan duplicaciones, triplicaciones y bolsas de ineficiencia muy claras.

El artículo 268 faculta a la Administración de los Servicios de Salud del Estado a convenir con un criterio muy amplio, ya que están implicadas las Intendencias Municipales, la Universidad de la República, la actividad privada, etcétera. Esto no sólo busca disminuir las bolsas de ineficiencia que también existen allí por duplicación y triplicación -el señor Senador es del interior del país y, por lo

tanto, conoce perfectamente esa realidad- sino que hace, fundamentalmente, a la constitución del sistema a nivel local. Dicho sistema será de construcción y tejido permanente, y su zurcido adoptará modalidades ligeramente diferentes en cada uno de los departamentos, ya que el acuerdo entre los distintos sectores es diferente según el departamento porque la historia es distinta y porque la propensión a coordinar y a acordar también es diferente. Tenemos experiencias históricas interesantes, sobre todo en el interior del país -aunque algunas también se están llevando a cabo en Montevideo- las que pensamos legitimar si el Parlamento aprueba este artículo del Presupuesto.

SEÑOR BARAIBAR.- Como ha ocurrido con otras comparecencias de Ministros, Subsecretarios y asesores a esta Comisión, en la mañana de hoy se ha dado una interesante discusión sobre aspectos de carácter programático.

Creo que no debe sorprender en absoluto que esto ocurra, desde el momento en que es el primer proyecto de ley de Presupuesto de un gobierno de izquierda, progresista, que está introduciendo elementos importantes en el ordenamiento del Estado, y eso merece un debate con la oposición. Esto se ha llevado a cabo -me apresuro a señalarlo- con un alto nivel de discusión, con un gran esfuerzo y meticulosidad en el examen de sus artículos, por lo que realmente vale la pena destacar las posiciones que se han sustentado.

También es claro en este caso que dos artículos, particularmente el 245 y el 246, han insumido gran parte de las intervenciones sobre las muchas normas referidas al Ministerio de Salud Pública que contiene este proyecto de ley.

No soy un conocedor, ni nada que se le parezca, de los temas de Salud Pública, pero he observado un debate realmente rico para conocer en profundidad, a raíz de las preguntas que ha formulado la oposición con un sentido de aclarar los conceptos y los alcances de algunas normas que están programadas, la opinión del señor Ministro interino y del equipo de gobierno. He podido constatar con satisfacción que hay, por parte de casi todos los señores Senadores del Partido Nacional que han intervenido, una disposición realmente importante a estudiar el tema del Seguro Nacional Integrado de Salud. No puedo decir lo mismo con respecto al señor Senador Alfie, a quien más bien vi preocupado por el crecimiento del Estado, si bien no tanto con el tema del Seguro Nacional Integrado de Salud. Él podrá decir si esa era otra de las preocupaciones que tenía.

Como decía, veo en el Partido Nacional una preocupación cierta. Todavía tenemos unos días para su consideración; aprovechémoslos. De la lectura del artículo 245, prácticamente no percibo lo que he escuchado, en el sentido de que haya que hacerle alguna modificación; de todos modos, si es preciso realizarle alguna, bienvenida sea.

SEÑOR ALFIE.- Hay que sacarlo directamente.

SEÑOR BARAIBAR.- Es su opinión, señor Senador. Por ese motivo diferencié bien la posición del Partido Nacional de la del Partido Colorado. Con su interrupción me ha ayudado a hacer más gráfica mi intervención.

El artículo 246 puede ser un poco más opinable; creo que lo que se señala es de recibo y marca una orientación bien clara. Me gustaría que, antes de que terminemos el estudio del proyecto de ley de Presupuesto en el seno de esta Comisión, pudiéramos recibir modificaciones y sugerencias sobre los artículos 245 y 246, para luego estudiarlas y, en todo caso, remitirlas al Ministerio de Salud Pública para que emita su opinión. Sería un potente mensaje a la opinión pública que los artículos referidos al Seguro Nacional Integrado de Salud -un elemento nuevo e importante, como se ha mencionado- fueran votado, no sé si por la unanimidad, pero sí por un alto porcentaje de los Representantes de esta Cámara.

SEÑOR ALFIE.- No voto inconstitucionalidades.

SEÑOR BARAIBAR.- También sería bueno para corregir las inconstitucionalidades que ha mencionado el señor Senador Alfie. Habrá que ver si son tales, porque en materia de inconstitucionalidades estoy medio escamado por lo que suelo escuchar, pues creo que se usan para un lavado y un fregado, pero ese no es un tema para discutir hoy; de pronto, cuando analicemos el proyecto de ley en el Senado y otros artículos más complejos en esa materia, lo haremos.

Insisto en que sería muy bueno recibir sugerencias u observaciones para apostar -creo interpretar bien a nuestra Bancada- a la voluntad de avanzar en este tema del Seguro Nacional Integrado de Salud y que los dos artículos del Presupuesto que son claramente programáticos y anuncian que muchas de las normas que contiene van a establecerse por ley, pudieran ser votados por la unanimidad o la mayoría del Parlamento Nacional. Me parece que eso ayudaría en un tema complejo. Como bien ha señalado el economista Olesker, es difícil diseñar el esquema de propuesta de crear el Seguro Nacional Integrado de Salud. En definitiva, esa es una parte, pero la otra, su implementación y puesta en práctica, es más compleja. El hecho de que este proyecto resultara de un gran acuerdo nacional en esta materia, me parece que es absolutamente claro.

Además, se ha dicho que el proyecto se enviará en el primer semestre del año que viene; estamos hablando de, por lo menos, seis meses para que puedan crearse las condiciones, los ámbitos eminentemente técnicos, para examinar lo que sería el articulado de ese Sistema Nacional Integral de Salud. De esa manera, cuando ingrese al ámbito netamente político, como es el Parlamento, lo hará con un reconocimiento y un examen previo de aquellos aspectos más técnicos. Es una aspiración, pero también una constatación -y lo digo con mucha certeza- que recojo después de haber escuchado con mucha atención las intervenciones profundas y bien documentadas de los señores Senadores del Partido Nacional.

SEÑORA DALMAS.- Brevemente, y sin el ánimo -que sería muy veleidoso- de realizar resumen alguno del análisis que se dio esta mañana, que creo ha sido además de muy alta calidad y profundidad, tanto por parte del equipo del Ministerio, como de las Bancadas, quiero decir -y sin intención de hacer diferencias- que me siento muy identificada con algunos aspectos muy novedosos que introdujo el señor Senador Da Rosa, en dos planos.

En primer lugar, me quiero referir a un tema que no es un ingrediente menor en una reforma. En este sentido, quiero destacar que esta es una de las reformas estructurales clave que el país se debe, que está programada y que en este Presupuesto comienza a tener sus normas. El ingrediente al que hice referencia es la mística o la camiseta, como mencionó el señor Senador Da Rosa; evidentemente, sin ese ingrediente ninguna reforma estructural podrá ser llevada a cabo con eficacia.

El otro elemento fundamental es que si hay algo que en lo personal me quedó claro en la mañana de hoy es que el problema de la salud en el Uruguay no es eminentemente de recursos, sino de gestión, entendida esta última también como la distribución. En ese

sentido, si bien comprendo algunas dudas y temores, debo decir que lo que personalmente me genera más temor es que prevalezcan los miedos a los vicios y a las ineficiencias de la Administración Pública, porque ello implica una resistencia a los cambios de esos mismos vicios. Todo esto se grafica con frases como que se siente temor a que el Estado se atrase o no vuelque los recursos correspondientes a los distintos efectores. Si ese y otros temores se implantan, de alguna manera nos estamos maniatando en cuanto a un cúmulo de reformas que necesitan el Estado uruguayo y su Administración.

En consecuencia, me parece que más que los temores, lo que debe primar -al menos, es lo que prima en mí- es el temor a que se perpetúe la mala gestión, la iniquidad en cuanto a la accesibilidad al sistema de salud de la población uruguaya, y los problemas graves de gestión que hacen que hoy, aun aquellos que tienen acceso, no obtengan -ni en el sistema público ni en el privado- las soluciones a que tienen derecho.

Entonces, me parece muy importante focalizarnos en el tema de la gestión.

En todo caso, si hay temor por la administración del Fondo Unico de Salud, habrá que buscar en la legislación posterior -y para eso habrá tiempo, como decía el señor Senador Baráibar- todos los mecanismos que aseguren la buena administración a la que yo, en lo personal, sigo aspirando. Ojalá que en el Uruguay no se perpetúen los vicios de la Administración Pública ni la mala gestión, que también es un problema cultural. Si hay un ejemplo cultural de mala gestión en lo que respecta a la atención de servicios que son públicos, tanto en lo privado como en lo público, es en la salud. Por lo tanto, pienso que es un problema cultural que tiene que ver con lo místico o con la cabeza de quienes están atendiendo el sistema y eso no es privativo de lo público. Podría dar muchos ejemplos, pero uno de ellos es la atención a la salud.

Con esta aspiración y congratulada por el buen clima que hay en la Comisión para discutir sobre estos temas, terminamos en la mañana de hoy.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del equipo del Ministerio de Salud Pública y de los asesores de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y de la Contaduría General de la Nación.

SEÑOR BARAIBAR.- Quisiéramos hacer llegar a Miguel Fernández Galeano por parte de todos los miembros de la Comisión y todos los aquí presentes nuestro más sentido pésame.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Así se hace a la hora 12 y 56 minutos)